



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**



**PROGRAMA INTEGRADO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM SAÚDE COLETIVA - PIPASC**

**A FAMÍLIA EM FOCO:  
REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS  
QUE ATENDEM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS  
DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR**

**GERARD VIADER SAURET**

Recife  
2008

GERARD VIADER SAURET

**A FAMÍLIA EM FOCO:  
REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS  
QUE ATENDEM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS  
DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR**

Dissertação apresentada ao Programa Integrado de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco – PIPASC/UFPE, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

**Orientadora:**

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Rosa Maria Carneiro

**Co-orientadoras:**

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sandra Valongueiro Alves

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Recife  
2008

Sauret, Gerard Viader

A família em foco: representações e práticas de profissionais que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar / Gerard Viader Sauret. – Recife : O Autor, 2008.

219 folhas : Il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2008.

Inclui bibliografia e apêndices

**1. Violência na Família. 2. Serviços de Saúde. 3. Serviços de Saúde da Criança. 4. Serviços de Saúde do Adolescente I.Título.**

343.62  
362.829 2

CDU (2.ed.)  
CDD (22.ed.)

UFPE  
CCS2008-027



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E  
PÓS-GRADUAÇÃO



RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A)  
MESTRAND(O)A

**GERARD VIADER SAURET**

No dia 29 de agosto de 2008, às 10:00 horas, no auditório do Núcleo de Saúde Pública – NUSP/ Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE, os professores: Rosa Maria Carneiro (DO – do Departamento de Medicina Social da UFPE - Orientador) – Membro Interno, José Luiz de Amorim Ratton Júnior (DO – Departamento de Ciências Sociais – UFPE) – Membro Externo e Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo (DO – Departamento de Medicina Social da UFPE) – Membro Interno, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram o(a) mestrando(a) Gerard Viader Sauret, sobre a sua Dissertação intitulada: **“A Família em Foco: representações e práticas de profissionais que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar”**. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do(a) Mestrando(a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Prof. Dr. Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo

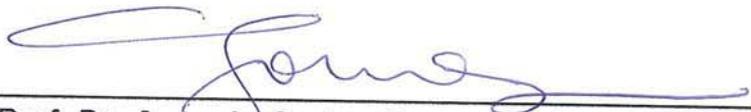
aprovado

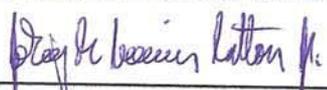
Prof. Dr. José Luiz de Amorim Ratton Júnior

APROVADO

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosa Maria Carneiro

APROVADO

  
Prof. Dr. **Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo**

  
Prof. Dr. **José Luiz de Amorim Ratton**

  
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Rosa Maria Carneiro**

## AGRADECIMENTOS

*À minha família de origem, que me criou e acreditou em mim, e que sofre a minha dilatada e permanente ausência em um lugar tão, tão distante;*

*À minha família de destino, que me acolheu e permitiu abstrair-me em tão ambiciosa empreitada;*

*A Taíza, por todo o amor e pelo inquestionável apoio, compreensão e paciência.*

*Aos meus filhos André e Lluís, por todo o tempo negado em prol da dissertação de mestrado. Confio em recompensar-lhes com o tempo dobrado.*

*A Maria Luíza, por abrir os caminhos;*

*A Gorete, por acompanhar-me até o final do caminho (desta empreitada), e pela orientação certa nos momentos decisivos;*

*A Rosa e a Sandra, por acolher e orientar com esmero e firmeza a um mestrando abandonado à sua própria sorte (na beira da estrada) nesta reta final;*

*Aos professores Antônio Carlos do Espírito Santo e José Luiz Ratton pela leitura atenta e rigorosa deste trabalho na fase crítica da sua defesa;*

*Aos demais professores do PIPASC, por terem ampliado a minha compreensão acerca da necessidade de aprofundar na Reforma Sanitária para a construção de um país mais justo e digno para tod@s.*

*A tod@s @s companheir@s da turma do mestrado, por terem participado acaloradamente das discussões acerca do embasamento do projeto que deu lugar a esta pesquisa.*

*A tod@s os que me encorajaram nos momentos difíceis, desde todos os lugares, a não desistir e avançar até o término desta dissertação.*

*A Lizandra, a Marcelo e a todos profissionais do CERCA que, em 2007, tiveram a gentileza de colaborar na realização desta pesquisa.*

*A tod@s vocês vai dedicada esta dissertação, esperando que o esforço dispensado valha a pena e sirva para além da obtenção de um diploma...*

*...que o conhecimento frutifique em novos olhares!*

## RESUMO

O presente estudo de caso interpretativo tem por objeto a relação entre as representações sociais e as práticas de atendimento ao grupo familiar dos profissionais que trabalham em um centro de referência para crianças e adolescentes vítimas de violência, pertencente à rede pública de saúde do Recife, Brasil. Concretamente, são focadas as representações sobre a violência contra crianças e adolescentes, seus autores e as famílias atendidas no referido serviço. Para tanto foram aplicadas dez entrevistas em profundidade (EP) a profissionais de psicologia, serviço social e educação social. Também foi realizada observação participante, visando triangular e validar informações colhidas nas entrevistas. O material resultante das EP foi submetido à técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, permitindo inferir interpretações sobre tais representações, bem como sobre a pertinência e a relevância do modelo teórico-interpretativo proposto. Os resultados levantados indicam uma acentuada representação de periculosidade do autor de violência sexual que se coaduna com a prática de exclusão deste indivíduo do serviço. Entretanto, esta correspondência só adquire pleno sentido quando é considerado o contexto institucional, permeado por uma ética de proteção às crianças e adolescentes vítimas de violência, que se preocupa em impedir a sua re-vitimização no espaço do Centro. Tal contexto foi desenvolvido na lógica do “indivíduo-problema”, notadamente reconhecido como princípio organizador dos serviços de atenção sociofamiliar no Brasil. Diante deste impasse, conclui-se que a capacitação dos profissionais é um fator de peso para a transformação das práticas de inclusão do grupo familiar no atendimento, bem como para a conformação de novos olhares sobre os sujeitos atendidos.

**Palavras-chave:** Violência na família; Serviços de saúde; Serviços de saúde da criança; Serviço de saúde do adolescente.

## RESUMEN

El presente estudio de caso interpretativo tiene por objeto la relación entre las representaciones sociales y las prácticas de atención al grupo familiar de profesionales que trabajan en un centro de referencia para menores maltratados de la red pública de salud de Recife, Brasil. Concretamente, se focalizan las representaciones sobre la violencia contra los menores, sus autores y las familias atendidas en el referido servicio. Fueron aplicadas diez entrevistas en profundidad a profesionales de psicología, servicio social y a educadores sociales. También se realizó observación participante, buscando triangular y validar las informaciones recogidas en las entrevistas. El material de las entrevistas fue sometido a la técnica de análisis de contenido, modalidad temática, la cual permitió inferir interpretaciones sobre tales representaciones, bien como sobre la pertinencia y relevancia del modelo teórico-interpretativo propuesto. Los resultados indican que hay una acentuada representación de la peligrosidad del autor de violencia sexual que se encaja con la práctica de exclusión de este individuo en el servicio. No obstante, esta correspondencia no adquiere pleno sentido hasta que se considera el contexto institucional, permeado por una ética de la protección a los menores maltratados/abusados, que se preocupa en evitar su re-victimización en el espacio del Centro. Este contexto se desarrolló en la lógica del “individuo-problema”, que ha sido reconocido como principio organizador de los servicios de atención sociofamiliar en Brasil. Frente al impás que estas consideraciones suscitan, se concluye que la capacitación de los profesionales continua siendo un factor de peso para la transformación de las prácticas de inclusión del grupo familiar en el atendimento, bien como para la conformación de nuevas miradas acerca de los sujetos atendidos.

**Palabras-clave:** Violencia doméstica; Servicios de salud; Servicios de salud del niño; Servicios de salud para adolescentes.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

<b>Figura 01: Modelo vertical representações/práticas</b>	<b>p. 78</b>
<b>Figura 02: Modelo circular representações/práticas</b>	<b>p. 78</b>
<b>Figura 03: Modelo teórico-interpretativo</b>	<b>p. 79</b>
<b>Figura 04: Tipos de intervenção nos programas do CERCA</b>	<b>p. 100</b>
<b>Figura 05: Novo modelo teórico-interpretativo</b>	<b>p. 201</b>

## SUMÁRIO

<b>1. FORMULAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO</b>	<b>p. 11</b>
<b>1.1. Introdução</b>	<b>p. 11</b>
<b>1.2. Objeto de estudo</b>	<b>p. 14</b>
<b>1.3. Justificativa</b>	<b>p. 14</b>
<b>1.4. Pergunta condutora</b>	<b>p. 16</b>
<b>2. CONTEXTO INSTITUCIONAL</b>	<b>p. 17</b>
<b>2.1. Serviços de referência para crianças e adolescentes vítimas de violência e suas famílias</b>	<b>p. 17</b>
<b>2.2. Centro de Referência da Criança e do Adolescente (CERCA)</b>	<b>p. 24</b>
<b>2.3. Serviço Sentinela/Recife</b>	<b>p. 28</b>
<b>3. MARCO TEÓRICO E CONCEITUAL</b>	<b>p. 31</b>
<b>3.1 Representações sociais</b>	<b>p. 31</b>
<b>3.2 Família</b>	<b>p. 37</b>
<b>3.3 Violência</b>	<b>p. 49</b>
<b>3.4 Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes</b>	<b>p. 52</b>
<b>3.5 Atendimento a famílias com dinâmica de violência contra crianças e adolescentes</b>	<b>p. 59</b>
<b>4. HIPÓTESES E MODELO TEÓRICO-INTERPRETATIVO</b>	<b>p. 71</b>
<b>4.1. Hipóteses iniciais</b>	<b>p. 71</b>
<b>4.2. Considerações sobre o modelo teórico-interpretativo proposto</b>	<b>p. 76</b>
<b>5. OBJETIVOS</b>	<b>p. 80</b>
<b>5.1. Objetivo geral</b>	<b>p. 80</b>
<b>5.2. Objetivos específicos</b>	<b>p. 80</b>

<b>6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>p. 81</b>
<b>6.1. A escolha metodológica</b>	<b>p. 81</b>
6.1.1. Levantamento de dados	p. 83
6.1.2. Análise dos dados	p. 88
<b>6.2. Critérios amostrais</b>	<b>p. 89</b>
<b>6.3. Considerações éticas</b>	<b>p. 91</b>
<b>6.4. Fases da pesquisa</b>	<b>p. 92</b>
6.4.1. Fase preparatória	p. 92
6.4.2. Fase exploratória	p. 93
6.4.3. Fase de trabalho de campo	p. 94
6.4.4. Fase analítica	p. 95
<b>7. RESULTADOS</b>	<b>p. 98</b>
<b>7.1. Práticas de atendimento e prevenção</b>	<b>p. 98</b>
7.1.1. Práticas no Serviço Sentinela/Recife	p. 98
7.1.1.1. Entrevistas iniciais	p. 99
7.1.1.2. Atendimento psicoterápico individual a crianças/adolescentes	p. 102
7.1.1.3. Orientação mensal aos familiares	p. 104
7.1.1.4. Grupos de crianças e grupos de adolescentes	p. 106
7.1.1.5. Visita domiciliar	p. 107
7.1.1.6. Grupo-família	p. 108
7.1.1.7. Palestras de prevenção	p. 111
7.1.2. Práticas no Serviço de Psicologia da Policlínica	p. 117
7.1.2.1. Atendimento psicoterápico individual a familiares	p. 117
7.1.2.2. Grupos terapêuticos de familiares	p. 119
7.1.3. Práticas no Programa de Saúde Mental	p. 122
7.1.3.1. Grupo de acolhimento	p. 122
7.1.3.2. Orientação e avaliação dos casos	p. 123
7.1.3.3. Visita domiciliar	p. 126
7.1.3.4. Atendimento psicoterápico	p. 127
7.1.3.5. Grupos-família	p. 129
7.1.3.6. Inserção social e monitoramento de adolescentes	p. 131
7.1.4. Ausência de atendimento psicoterápico ao grupo familiar da vítima	p. 133
<b>7.2. Perfil de experiência e capacitação dos profissionais</b>	<b>p. 136</b>

<b>7.3. Representações sociais dos profissionais</b>	<b>p. 142</b>
7.3.1. Representações sobre a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes	p. 143
7.3.1.1.O desafio da violência sexual	p. 144
7.3.1.2.A violência física como questão cultural	p. 148
7.3.1.3.Violência psicológica e negligência	p. 150
7.3.1.4. Violência no entorno social	p. 151
7.3.2. Representações sobre as famílias atendidas	p. 153
7.3.2.1. Famílias normais e empobrecidas	p. 153
7.3.2.2. Famílias abusadas x famílias desleixadas	p. 158
7.3.2.3. Capacidade das famílias em reverter a dinâmica de violência	p. 162
7.3.2.4. Descompromisso e evasão	p. 163
7.3.2.5. Representação das famílias e o Conselho Tutelar	p. 167
7.3.3. Representações sobre os autores de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes	p. 169
7.3.3.1.Argumentos para não atender autores de violência sexual	p. 173
7.3.3.2.Argumentos para atender autores de outros tipos de violência	p. 176
7.3.3.3.Experiências violentas no atendimento	p. 179
<b>7.4. <i>Ethos</i> institucional de proteção às crianças</b>	<b>p. 183</b>
<b>8. DISCUSSÃO DAS HIPÓTESES INTERPRETATIVAS</b>	<b>p. 190</b>
<b>8.1. Discussão da hipótese interpretativa I</b>	<b>p. 191</b>
<b>8.2. Discussão da hipótese interpretativa II</b>	<b>p. 193</b>
<b>8.3. Discussão da hipótese interpretativa III</b>	<b>p. 195</b>
<b>8.4. Nova hipótese interpretativa</b>	<b>p. 200</b>
<b>9. CONCLUSÃO</b>	<b>p. 202</b>
<b>10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>p. 206</b>
<b>APÊNDICE A: Guia de Entrevista ao gestor da instituição</b>	<b>p. 215</b>
<b>APÊNDICE B: Guia de Entrevista aos profissionais</b>	<b>p. 217</b>
<b>APÊNDICE C: Roteiro de Observação</b>	<b>p. 219</b>

*Mudar o foco do atendimento apenas da criança e do adolescente vítima (...), para uma atenção que vise à família de forma integral, vem sendo colocado como estratégia fundamental para se pensar cuidados com maior eficácia transformadora em situações de violência familiar (ASSIS, 2004: 40-41).*

# **1 FORMULAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO**

## **1.1 INTRODUÇÃO**

A violência contra crianças e adolescentes hoje constitui um grave problema social e de saúde pública que se reproduz geração após geração. A Organização Mundial da Saúde reconhece como medidas preventivas eficazes, entre outras, as estratégias de apoio às vítimas e às suas famílias (OPS, 2003).

De acordo com Deslandes e Assis (2004), as experiências internacionais mais recentes que testemunham modelos de atendimento centrados no grupo familiar estão inspiradas na filosofia da promoção de “ambientes familiares saudáveis”, baseadas no empoderamento do grupo familiar e no estímulo das capacidades nele existentes.

No conjunto da literatura nacional sobre violência intrafamiliar, em geral, predomina a perspectiva de integrar o grupo familiar às práticas de acompanhamento terapêutico usualmente destinadas às vítimas (DESLANDES, 1994; FERREIRA et al., 1999, REICHENHEIM, 1999; ARAÚJO, 2002; GUIMARÃES et al., 2004; DESLANDES; ASSIS, 2004; BRITO et al., 2005; VECINA, 2005; WERNER, 2006). Entretanto, são escassos, ainda, os textos que discutem o desenvolvimento de ações de promoção de práticas saudáveis entre os grupos familiares (MENEGUEL et al., 2000; DESLANDES; ASSIS, 2004).

Por outro lado, as últimas pesquisas sobre serviços que atendem este tipo de problemática são recorrentes em assinalar que, no Brasil, há uma lacuna significativa em relação à adoção de estratégias incluídas do grupo familiar. Assim, em estudo realizado em

10 serviços brasileiros de atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar<sup>1</sup> Deslandes e Assis (2004) observaram que predomina a atenção centrada na criança e sua mãe, bem como um restrito envolvimento da família no processo de atendimento. As conclusões desta pesquisa encontram-se sucintamente expressas em outro texto de uma das autoras:

Predomina um restrito envolvimento da família no processo de atendimento, estando a atenção centrada principalmente na criança e sua mãe. Horários marcados pelos serviços com pouca margem de negociação, poucos recursos para prover apoio terapêutico e dificuldades de oferecer suporte e atendimento aos agressores constitui uma constante nos serviços analisados (DESLANDES; GOMES, 2004: 200).

Enquanto isso, a avaliação de um serviço desse tipo, o Crami-Rio Preto (São Paulo) indicou resultados positivos de sua atuação mediante inquérito a 55 famílias que tinham sido atendidas pela entidade (BRITO et. al, 2005). No artigo, explicita-se que a proposta de intervenção do Crami-Rio Preto baseia-se numa abordagem que estende os cuidados a todo o grupo familiar, visando “*fortalecer os laços afetivos e favorecer transformações positivas nas relações familiares, criando e melhorando as condições de cuidado dos adultos responsáveis pela criança*” (2005: 144). O estudo concluiu que esta abordagem “foi capaz de provocar modificações no contexto das relações afetivas familiares” uma vez que 80% das famílias manifestaram acreditar que a intervenção proporcionou interrupção ou diminuição da intensidade na violência (2005: 148).

Recentemente, outro estudo-diagnóstico realizado em cinco capitais brasileiras sobre sistemas locais de saúde que atendem a vítimas de acidentes e violências (DESLANDES, SOUZA, MINAYO et al., 2006) mostrou como a proporção do número de unidades de saúde que assistem também o grupo familiar foi bem baixa (26,2%)<sup>2</sup>. O que levou as autoras a

---

<sup>1</sup> Os serviços foram selecionados paritariamente entre organizações governamentais e não-governamentais, e entre as cinco macrorregiões do país.

<sup>2</sup> Esta foi a média total para as cinco capitais.

considerarem que *“se a família ainda está chamando pouca atenção, é porque as dinâmicas de produção e reprodução da violência, que têm com principal locus os múltiplos papéis e arranjos no ambiente familiar, ainda não foram levadas em consideração”*<sup>3</sup> (2006: 388-389).

Comparando as cidades pelo quantitativo de unidades de saúde que atendem famílias, o estudo mostra como são registradas significativas disparidades entre as mesmas. Salvo a honrosa exceção de Curitiba (61,1%), e a duvidosa de Brasília (37,5%), nas demais cidades aferiram-se percentuais bem discretos. Rio de Janeiro (28,0%) foi a mais próxima da média. E as cidades de Recife e Manaus declararam prestar algum tipo de atendimento às famílias (além de às próprias vítimas) em apenas 11,1% das suas unidades locais de saúde (DESLANDES; SOUZA; MINAYO et al., 2006: 388).

Deve-se levar em conta que estes dados apontam para o total de unidades de saúde que atendem vítimas de acidentes e violências. Estariam incluídas aqui unidades de emergência, de reabilitação, bem como os serviços de referência para crianças e adolescentes que tanto interessam na presente pesquisa, entre outros. O pesquisador teve acesso ao banco de dados daquele estudo no Recife<sup>4</sup> e pôde constatar que dos quatro serviços de referência para crianças e adolescentes vítimas de violência na rede pública de saúde do município, apenas um afirmou que também fazia atendimento ao grupo familiar.

Estas inquietantes informações levaram ao questionamento sobre o que poderia estar constituindo um empecilho para a adoção de uma abordagem que incluía as famílias. O presente projeto, porém, não visará explicar porque os dados para Recife são tão diferentes em comparação com outras cidades. Senão, que analisará, mediante abordagem compreensiva, aspectos relacionados ao fator humano no atendimento (as representações sociais dos profissionais) em um centro de referência no Recife, procurando trazer elementos reveladores que possam subsidiar a interpretação da conjuntura detectada na capital pernambucana.

---

<sup>3</sup> Original em inglês. Tradução do pesquisador.

<sup>4</sup> Isto foi possível graças à gentileza da coordenadora no Recife daquela pesquisa, a Dra. M<sup>a</sup> Luiza Carvalho de Lima, ex-orientadora da presente dissertação.

## 1.2 OBJETO DE ESTUDO

De forma concreta o objeto de estudo desta pesquisa é a relação entre:

a) as representações sociais dos profissionais da saúde que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência e suas famílias (sobre essas famílias, a violência familiar e os autores da mesma); e b) as práticas de atendimento por eles efetivamente adotadas em um serviço de referência para esta problemática na rede pública de saúde do Recife.

## 1.3 JUSTIFICATIVA

A idéia de investigar as representações dos profissionais foi fortalecida com o convencimento de que este enfoque possibilitará fornecer subsídios para o aprimoramento das práticas de atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência, reorientando-as para uma abordagem verdadeiramente integral que vise a efetiva inclusão das famílias. Deslandes e Assis (2004: 156), por exemplo, apontam que pouco se sabe no Brasil “da postura do profissional frente aos casos de violência familiar”. E *“dado que o profissional é um importante agente transformador, este tema merece ser mais bem investigado para proporcionar melhoria na qualidade da atenção oferecida”*.

Esta mudança na abordagem da intervenção alinha-se tanto com a diretriz da integralidade quanto com as propostas mais recentes de humanização da saúde (DESLANDES; PAIXÃO, 2006).

Na presente pesquisa entende-se que essas novas práticas observam o princípio da integralidade porque consideram a complexidade bio-psicossocial do problema em pauta. Ou seja, não se limitam a curar feridas ou a tratar traumas psicológicos. Pelo contrário, a sua

execução passa pelo reconhecimento de que aquela criança/adolescente vitimizada está inserida numa família, que constitui uma rede de micro-relações morais e afetivas, e da qual provêm tanto a violência causadora dos agravos quanto alguns dos recursos que serão essenciais para tratar de revertê-la e superá-la.

Com respeito à nova estratégia de “humanização da saúde”, Deslandes e Paixão (2006: 316) apontam que o fornecimento de “uma atenção diferenciada, pautada no acolhimento e na negociação do processo de atendimento” às famílias vitimadas pela violência pode contribuir à adoção de comportamentos resilientes por parte dessas crianças e seus familiares. Refletindo sobre estes argumentos, as autoras sentenciam:

Tal contingente implica a reavaliação dos atendimentos atualmente oferecidos pelos profissionais e instituições de saúde e a conscientização sobre a necessidade de refletir mais intensamente sobre a base essencial de qualquer atendimento voltado para a produção de cuidados em saúde: a relação entre profissional e paciente (DESLANDES; PAIXÃO, 2006: 304).

Vale lembrar aqui as considerações feitas por Bastos e Trad (1998: 113), para quem avaliar a relação entre usuários e serviços de atenção à saúde a partir das representações sociais dos sujeitos privilegiados nesse processo (famílias e profissionais de saúde), constitui-se numa destacada possibilidade de investigação do binômio família-saúde.

Além disso, considerou-se que a pesquisa realizada permitirá aprofundar a discussão teórica sobre abordagens de atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência intrafamiliar. Este é um tema de atualidade, dada a implantação crescente de serviços de referência para esta problemática. Ademais, a possibilidade de coletar dados observacionais sobre o andamento de atividades de prevenção/promoção da violência em *palestras e grupos de pais* possibilitará avançar no incipiente debate no País sobre a promoção de ambientes familiares seguros e saudáveis.

Finalmente, espera-se que a realização desta pesquisa venha trazer à tona a discussão sobre o tema em pauta na rede de serviços especializados no Recife e em Pernambuco. Pois, *“despir-se de preconceitos ou rótulos, muitas das vezes arraigados, não se faz sem debates e coragem”* (DESLANDES; ASSIS, 2004: 20). A meta é poder mostrar o quanto é premente e necessária a adoção de uma abordagem diferenciada que vá mais além das meras formalidades e declarações de intenções.

#### **1.4 PERGUNTA CONDUTORA**

- *De que modo as representações sociais dos profissionais que atendem a crianças e adolescentes vítimas de violência, acerca da violência familiar, das famílias das vítimas e dos autores dessa violência, podem estar interferindo na adoção de práticas de atendimento que visem também o grupo familiar?*

## 2 CONTEXTO INSTITUCIONAL

### 2.1 SERVIÇOS DE REFERÊNCIA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA E SUAS FAMÍLIAS

Dentro do esquema de prevenção próprio do pensamento sanitarista, a criação de serviços de referência para crianças e adolescentes vítimas de violência e suas famílias enquadra-se como uma proposta de prevenção de nível terciário. Isto é, as ações que estes serviços desenvolvem são executadas posteriormente à ocorrência dos agravos (a perpetração dos atos violentos) e constituem-se em cuidados a médio e longo prazo. De forma concreta, estes serviços visam a reabilitação e a re-inserção das vítimas e das famílias, bem como evitar a reincidência da violência. (GOMES; SILVA et al., 1999; FERREIRA et al., 1999; REICHENHEIM et al., 1999; OPS, 2003).

A criação deste tipo de serviços no setor saúde ocorreu primeiramente nos EUA, na década de 60, do século XX. Naquela época, a pediatria norte-americana, de forma pioneira, ‘despertou’ para o fato de que a violência faz mal à saúde infanto-juvenil. Um dos catalizadores para essa mudança foi a publicação, em 1962, do artigo de Kempe e colaboradores, *the battered child syndrome* (a síndrome da criança espancada)<sup>5</sup>. Com a formulação desta nova categoria gnosiológica e com a Declaração Universal dos Direitos da Criança como pano de fundo<sup>6</sup>, os pediatras americanos começaram a se mobilizar atuando em duas frentes. Por um lado, difundindo em canais científicos e da mídia informações sobre as diversas formas de violência e o seu impacto negativo para o desenvolvimento e crescimento da criança. Por outro lado, criando de forma inovadora programas de prevenção primária e

---

<sup>5</sup> A síndrome da criança espancada caracterizava as manifestações clínicas dos maus-tratos físicos graves em crianças pequenas com base em achados radiológicos de múltiplas fraturas ósseas (OPS, 2003).

<sup>6</sup> Tal declaração foi redigida em 1958.

secundária dos maus-tratos, bem como de intervenção sobre as dinâmicas familiares (MINAYO, 2006a).

No Brasil, no entanto, teve que se esperar o final do regime militar para que a questão da violência contra crianças e adolescentes fosse denunciada publicamente. Em meados dos anos 80, coincidindo com a abertura democrática, foram surgindo profissionais atuantes em hospitais que criaram ONGs para ampliar e dar maior visibilidade ao seu trabalho de enfrentamento à violência doméstica. Assim, nasceram o Centro Regional de Atenção aos Maus-tratos na Infância (Crami), no Estado de São Paulo; a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (Abrapia), no Rio de Janeiro; e a Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na Infância (Abnapi), em Minas Gerais (MINAYO; SOUZA, 1999). Estas instituições não-governamentais iriam desenvolver os primeiros programas específicos para atendimento dos maus-tratos no País (BRITO et al. 2005).

Os pediatras também se engajaram com a forte mobilização da sociedade civil brasileira em prol do reconhecimento dos direitos de crianças e adolescentes, que resultaria na inclusão do artigo 227 na Constituição Federal de 1988 e na formulação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (MINAYO, 2006a).

O ECA prevê, como linha de ação política de atendimento a crianças e adolescentes, a criação de serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão (artigo 87, inciso III). O texto legislativo diz também que para os pais ou responsáveis que tenham cometido falta, omissão ou abuso (artigo 98 inciso II) podem ser medidas pertinentes, entre outras, o encaminhamento a programa oficial ou comunitário de proteção à família (artigo 129, inciso I), a tratamento psicológico ou psiquiátrico (inciso III) e a cursos ou programas de orientação (inciso IV) (BRASIL, 2003).

Na época da aprovação do ECA, porém, havia ausência de serviços qualificados na atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência e suas famílias na rede de saúde pública brasileira. Este fato motivou o CLAVES (Centro de Pesquisas em Violência e Saúde Jorge Carelli<sup>7</sup>) a desenvolver, em 1991, uma pesquisa de avaliação do Crami de Campinas, que, como se viu, foi uma entidade pioneira neste campo no Brasil.

Aquela pesquisa<sup>8</sup> tinha um caráter estratégico, pois pretendia fornecer subsídios e sugerir ações para a incorporação do atendimento qualificado a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica na saúde pública (MINAYO; ASSIS, 1993). Foi coordenada por Cecília Minayo e realizada por Suely Deslandes, que acabou realizando a sua dissertação de mestrado baseando-se nela<sup>9</sup> e publicando um artigo científico (DESLANDES, 1994).

Nesse artigo, a autora retratou os princípios norteadores da atuação dos Cramis no acompanhamento psicossocial das crianças vítimas de violência e suas famílias. Estes seriam:

- a) tomar **a família** como o **alvo da atuação**;
- b) envolver os vários serviços e instituições, criando uma **rede de atuação**;
- c) ter na **visitação domiciliar** uma estratégia de ação;
- d) trabalhar junto com os serviços da vizinhança onde a família vive (escola, posto de saúde, associações), a fim de estabelecer uma ação de vigilância das reincidências;
- e) **não criminalizar a família** e considerar como essencial o investimento na atenção ao ambiente familiar [*os grifos são nossos*] (DESLANDES, 1994: 186).

Nos cinco anos subseqüentes não foram publicados mais artigos científicos em revistas indexadas no Brasil com análises sobre serviços de atenção a vítimas infanto-juvenis de violência doméstica. Somente em 1999 houve a publicação de dois artigos de Gonçalves,

---

<sup>7</sup> O CLAVES funciona na Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz, do Ministério da Saúde (ENSP/FIOCRUZ/MS)

<sup>8</sup> MINAYO (Coord.). *Prevenir e proteger: análise de um serviço de atenção à criança vítima de violência doméstica*. Rio de Janeiro: CLAVES/ENSP/FIOCRUZ, 1993.

<sup>9</sup> DESLANDES, S.F. *Maus-Tratos na Infância: um desafio para o sistema público de saúde. Análise da atuação do Crami – Campinas*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 1993.

Ferreira e Marques em revistas de saúde pública/coletiva. No primeiro analisado aqui (GONÇALVES et al., 1999), as autoras mostraram a atuação da ABRAPIA em um dos seus programas, o SOS Criança. Este serviço estava dirigido a receber comunicações de maus-tratos infanto-juvenis, a avaliar os casos (confirmando-os ou descartando-os) e, de acordo com as necessidades levantadas, encaminhá-los para instituições oficiais e serviços existentes na comunidade. As autoras reconheciam que “... *com freqüência os técnicos registram que a investigação desenvolvida foi insuficiente para afastar, com segurança, a ocorrência de maus-tratos*” (1999:52).

Em face desses casos, as autoras assinalaram como desejável que houvesse um acompanhamento da família por serviços sociais ou de saúde, o qual reverteria em diversos benefícios: a) ampliar o aspecto da intervenção; b) ampliar o benefício gerado para a família e a criança, maximizando os efeitos da ação institucional; c) oferecer dados relevantes para a compreensão do fenômeno da violência contra a criança no Brasil (GONÇALVES et al., 1999).

Justamente, no outro artigo que as autoras publicaram naquele ano (FERREIRA et al., 1999), apresentam o funcionamento de um serviço de saúde especializado no atendimento a esta problemática mediante o acompanhamento dos casos. Trata-se do Ambulatório de Atendimento à Família (AAF). Este serviço de referência encontra-se situado no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG), que é o hospital pediátrico da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Em funcionamento desde 1996, o AAF é um serviço de assistência médica e psicossocial a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes.

O artigo de Ferreira e colaboradores (1999) é o primeiro *paper* brasileiro que analisa um serviço deste tipo numa organização governamental. Pois, certamente, até aquela data eram escassas as iniciativas realmente existentes na saúde pública do país. Assim, mais de dez

anos depois da aprovação do ECA, Minayo (2001) escrevia que, na área de saúde (tradicionalmente concentrada em atender os efeitos físicos imediatos da violência) estavam começando a surgir, de forma esparsa, algumas mudanças significativas no atendimento de crianças e adolescentes.

Ultimamente, ainda de forma localizada e como iniciativas voluntárias, ou seja ainda não institucionalizadas, começa a haver uma abordagem mais integral, incluindo aspectos psicossociais, tanto do impacto sobre as vítimas como nos fatores ambientais de caracterização dos agressores (MINAYO, 2001: 100).

Naquele contexto histórico, em 1997 surgiu uma iniciativa do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) que viria a difundir, nos anos seguintes, a pertinência da problemática para o setor saúde, nas gestões locais. Tratava-se do Plano de Atenção à Violência Contra Crianças e Adolescentes, a ser aplicado pelos municípios brasileiros, promovendo a adesão dos secretários municipais (MINAYO; LIMA, 2004). De acordo com as autoras (2004: 251), *“esta proposta (...) foi inspiradora para vários tipos de iniciativas nos municípios, sobretudo dos que adotaram o enfoque de atuação do programa Cidades Saudáveis”*. Independentemente do seu impacto real, há uma coincidência cronológica entre tal empreitada e a municipalização do problema em pauta. Pois:

desde meados dos anos 90, muitas secretarias municipais de saúde vêm criando estratégias e serviços para a prevenção e assistência às vítimas em cooperação com organizações civis. Desde então estas iniciativas multiplicaram-se, em geral realizadas em cooperação com instituições públicas, ONGs ou grupos de pesquisa<sup>10</sup> (MINAYO, 2006a: 379).

---

<sup>10</sup> Trecho traduzido livremente do inglês pelo pesquisador.

Cabe salientar que estes serviços foram aparecendo na esteira dos programas de orientação e apoio sociofamiliar previstos no ECA, que proliferaram no final da década de 1990 “com a pressão da agenda de organismos internacionais”. (MIOTO, 2004: 43)

Em 2001, após três anos de trabalho de um Comitê Técnico Científico, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2005). Neste importante documento ratificaram-se as propostas do ECA ao afirmar que cabe “*aos setores de saúde e de educação a notificação e a prevenção destes casos; à saúde cabe especificamente o atendimento psicossocial e médico*” (2005: 19). Na quarta diretriz da Política Nacional, chamada ‘*Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências*’, explicitam-se orientações para a correta abordagem dessas vítimas. No tocante ao atendimento de crianças e adolescentes vitimizadas, prevê-se a organização de serviços de referência e faz-se alusão também à necessidade de incluir as famílias no processo de atendimento:

Em relação às **crianças, adolescentes e jovens vítimas** de quaisquer tipos de violências e de acidentes, buscar-se-á garantir o direito à assistência adequada dirigida a essas faixas etárias. Uma medida importante será a disponibilidade de equipe interdisciplinar que assegure o **apoio** médico, psicológico e social necessário **a essas vítimas e suas famílias**. Deverão ser estabelecidos **serviços de referência** para o atendimento dos casos de difícil manejo nas unidades de saúde, tomando-se como exemplo **os serviços de atenção às vítimas de abuso sexual e suas famílias**. [*o grifo é nosso*] (BRASIL, 2005 [2001]: 34).

Paralelamente à formulação da Política Nacional, o Governo Federal, em parceria com organismos internacionais e organizações não-governamentais, criou, em 2000, o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil. Que resultou de uma orientação expressa que foi dada no Iº Congresso Mundial de Enfrentamento da Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, celebrado em Estocolmo, Suécia, aos países participantes. E visava estabelecer ações articuladas que facilitassem a intervenção política, técnica e

financeira para o combate à violência sexual envolvendo crianças e adolescentes (DESLANDES; PAIXÃO, 2006). Publicado pelo Ministério da Justiça em 2002, o plano também tinha um caráter intersetorial e incluía contribuições substanciais do Ministério da Saúde e de profissionais da saúde. O plano estabeleceu, assim, normas para ações de atendimento e prevenção, bem como medidas para a defesa das crianças e adolescentes vitimadas e responsabilização dos ofensores (MINAYO, 2006a).

Procurando materializar as diretrizes contidas neste Plano Nacional, o Governo Federal implantou o Programa Sentinela (hoje, Serviço Sentinela), dentro da Política de Assistência Social, na sua linha de atendimento, segundo o artigo 87 do ECA (BARBOSA et al., 2007). O Programa Sentinela dá incentivos para a criação e a manutenção de serviços de referência para a atenção e proteção imediata a crianças e adolescentes vítimas de abuso ou exploração sexual, bem como às suas famílias. Com isso, visa contribuir à promoção, defesa e garantia de direitos destas crianças, proporcionando-lhes condições para o fortalecimento da auto-estima, superação da situação de violação de direitos e reparação da violência vivida. O atendimento destes serviços abrange o escopo jurídico e psicossocial, realizando-se, também, ações de prevenção e busca ativa de casos (BRASIL, 2007).

Certamente o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil e a Política Nacional de Redução da Violência têm sido importantes contribuições dos setores Justiça e Saúde para a construção do Sistema de Proteção e Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Contudo, o processo de implementação da Política Nacional não tem sido ainda capaz de inspirar a criação de políticas setoriais de atendimento e de prevenção à violência familiar para a totalidade dos estados brasileiros, embora alguns municípios, por meio de seus conselhos de Direitos, tenham começado a criar políticas estratégicas de investimento na área (como Rio de Janeiro e Recife) (DESLANDES; ASSIS, 2004: 31).

## 2.2 CENTRO DE REFERÊNCIA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (CERCA)

Há uns quinze anos atrás, Minayo (1994) escreveu um artigo em que discorria, entre outras coisas, acerca das potencialidades da saúde pública brasileira para enfrentar a violência doméstica. Nele, afirmava que, dada a longa experiência do setor na intervenção comunitária, *“este é um âmbito onde ela pode lograr êxito, caso se articule ao serviço social e de orientação familiar, como também aos profissionais de saúde mental, em sua atuação de prevenção em todos os níveis”* (...) (1994: 15). Esta proposta de colaboração intersetorial “cai como uma luva” para descrever o serviço que se constitui na unidade de observação da presente pesquisa: o Centro de Referência da Criança e do Adolescente do Recife (CERCA).

Inaugurado em 2002 na Policlínica Lessa de Andrade (Distrito Sanitário IV do Recife), o CERCA constitui um espaço onde convivem estreitamente dois programas dos setores da assistência social e da saúde: o Serviço Sentinela (antigo Programa Sentinela) de enfrentamento da violência e exploração sexual de crianças e adolescentes e o Programa de Saúde Mental (PSM) para Crianças e Adolescentes do Recife.

O CERCA surgiu, assim, da parceria entre a Secretaria de Políticas Sociais da Prefeitura da Cidade do Recife (atual Secretaria de Assistência Social – SAS/PCR) e a Secretaria Municipal de Saúde do mesmo município (SMS/PCR). No final de 2001, alguns técnicos da área de assistência social formataram um projeto e o encaminharam ao Governo Federal para trazer o Programa Sentinela ao Recife. Este previa o repasse de recursos a municípios para a contratação temporária de equipe técnica psicossocial para atendimento de casos de abuso e exploração sexual infanto-juvenil.

Na época, a Secretaria de Políticas Sociais não dispunha de espaço para situar o novo programa. Mas surgiu a oportunidade de aproveitar uma área oferecida pelo setor Saúde. Pois, de acordo com o coordenador do Sentinela/Recife em 2007, havia um interesse explícito da

Secretaria de Saúde de também manter atendimento a vítimas de violência. Então foi cedido o espaço onde atualmente funciona o CERCA, sob a condição que lá também trabalhasse a equipe psicossocial do Programa de Saúde Mental, responsável por atender crianças e adolescentes com transtornos de ordem psicológica de uma forma geral.

Assim, iniciou-se a junção dos dois programas no mesmo espaço institucional. Além disso, a Secretaria de Saúde cedeu a maior parte dos equipamentos e da estrutura utilizada pelo Sentinela/Recife (computadores, mobiliário etc). Já a Secretaria de Assistência Social responsabilizou-se por garantir o salário dos contratados e o material de consumo. No caso dos funcionários do Programa de Saúde Mental, todos eles são funcionários da PCR.

A diferença mais importante entre ambos os programas é que enquanto o público do Sentinela restringe-se àquelas crianças e adolescentes encaminhadas por confirmarem-se abusos, negligências ou maus-tratos, a demanda do PSM tem um recorte mais amplo e inespecífico: acolhe a todas as crianças e adolescentes que procuram ou são trazidas ao Centro por apresentarem qualquer problema de comportamento.

Embora não tenha a especificidade em violência, foi constatado que o PSM constitui-se também em um importante *locus* de detecção e tratamento de casos de violência. De acordo com as suas profissionais, quando o caso é diagnosticado (ou confirmado) como de violência, logo no início, em seguida é encaminhado para o Serviço Sentinela. Mas, se o caso não for identificado como de violência, e começar a se estabelecer vínculo terapêutico entre o paciente com as psicólogas que atendem então não será mais encaminhado, ficando com atendimento integral até o seu desenlace no PSM.

Contudo, a proximidade dos programas faz com que, nesses casos de violência, os profissionais da saúde mental também procurem subsídios junto aos seus colegas do Sentinela, especialmente no que diz respeito à notificação, ao acompanhamento jurídico e à articulação

com o Conselho Tutelar. Os casos graves de violência, seja qual for o tipo, não necessariamente são encaminhados à equipe Sentinela.

No entanto, isto acontece em contadas ocasiões. E a maior parte dos casos de violência tratados no PSM são aqueles que não demandam de articulação com o sistema de segurança pública ou de justiça criminal. Contudo, no PSM também são atendidas crianças e adolescentes autores de violência, alguns deles, jovens infratores encaminhados por um centro de ressocialização.

Os profissionais do PSM observam também que a convivência com um serviço de referência para atendimento a vítimas de violência se constitui em *uma parceria importante*. E que o trabalho desenvolve-se *numa complementaridade*. Por sua vez, os profissionais do Sentinela também podem tirar proveito da simbiose com o PSM, estabelecendo-se, às vezes, uma colaboração entre pares para o estudo dos casos. Nesse ponto, é importante destacar que uma vez a cada quinze dias acontece uma reunião de toda a equipe técnica do CERCA (incluindo os profissionais de ambos os programas), revezando com outra atividade coletiva que também acontece quinzenalmente: o grupo de estudo.

Cabe ressaltar que, antes da chegada do Sentinela, o PSM já funcionava na Policlínica, embora em outro lugar. E, após a junção dos dois programas no novo espaço inaugurado, sempre manteve a sua autonomia administrativa. Desta feita, na época em que se realizou o trabalho de campo desta pesquisa, o coordenador do CERCA, que era também o coordenador do Serviço Sentinela/Recife, não tinha competência sobre o Programa de Saúde Mental. Era meramente o coordenador do espaço físico.

Em consonância com esta realidade, o espaço do CERCA está dividido entre espaços específicos de cada programa (salas de atendimento terapêutico e salas de atenção social) e áreas comuns (a entrada, a recepção, a sala de reunião, a sala de grupo e o banheiro).

O Serviço Sentinela é composto por duas equipes, uma técnica e outra de apoio. A primeira, com sete membros, conta com um coordenador (psicólogo), uma assistente social, duas psicólogas e três educadores sociais. A segunda, com cinco membros, é formada por uma recepcionista, um motorista, uma auxiliar de serviços gerais e dois seguranças. Já a equipe do PSM é composta apenas por três funcionárias: duas psicólogas e uma assistente social.

O coordenador do Sentinela/Recife percebe a parceria com a Saúde como uma vantagem. Pois, justamente, a sua localização privilegiada dentro de uma Policlínica oportuniza maior facilidade de encaminhamento dos usuários do Serviço para as especialidades médicas ofertadas, maximizando os efeitos da ação institucional, como diriam Gonçalves e colaboradores (1999). Contudo, lamenta que atualmente apenas as crianças e adolescentes atendidos tenham prioridade para encaminhamento na Policlínica. Já que no passado esse fluxo também contemplou os familiares das vítimas. Segundo ele, esse recorte se justificou por conta da demanda muito grande em todos os serviços da Policlínica.

Para os profissionais do Sentinela/Recife, o fato de não pertencerem ao setor saúde, mas estarem trabalhando neste espaço específico faz com que tenham que seguir as normas da Policlínica. Assim, por exemplo, a assistente social do Sentinela pode encaminhar crianças e adolescentes vítimas de violência para os serviços de atenção básica da Policlínica. Mas não pode encaminhá-los diretamente para o Setor de Saúde Mental. Pois, seguindo a normativa da área, somente têm competência para isso outras profissionais da saúde mental, ou seja as psicólogas.

As dificuldades enfrentadas pelo CERCA para a consecução de seus objetivos, e que são sentidas pela maioria dos seus membros, poderiam sintetizar-se em duas dimensões: endógenas e exógenas ao contexto da Policlínica e da Secretaria de Assistência Social. As dificuldades endógenas dizem respeito às condições de trabalho impostas pelo contexto

gerencial das Secretarias de Saúde e Assistência Social, com destaque para as limitações estruturais e de pessoal:

1. restrições na disponibilidade de vales- transporte para os usuários;
2. bloqueio das ligações para celular desde a linha telefônica do CERCA;
3. falta de espaço para dar guarida a novos efetivos;
4. falta de efetivos profissionais para atender a uma demanda que deveria ser de todo o município, embora se limite aos bairros do DS-4 e das redondezas.

Já as dificuldades exógenas à Policlínica assinaladas dizem respeito a:

5. lentidão da Justiça, o que atrapalha o processo terapêutico, fazendo com que as famílias fiquem revoltadas e as vítimas se sentindo culpabilizadas;
6. pouco envolvimento das famílias no tratamento;
7. problemas para encaminhar os casos a outros serviços, sejam da rede de saúde, de assistência social ou de educação.

Contudo, o coordenador do Centro avalia que o CERCA, apesar das dificuldades, dispõe de uma boa estrutura e pode fazer um bom trabalho.

### **2.3 SERVIÇO SENTINELA/RECIFE**

Quando a Secretaria de Políticas Sociais de Recife (SPS/PCR) quis trazer o Projeto Sentinela para o Recife, em 2001, contratou três profissionais em psicologia e serviço social. A sua primeira missão foi montar o Plano Municipal de Enfrentamento à Violência e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes do Recife. Pois, o Governo Federal colocava a

condição de que “o Programa Sentinela só podia vir para o município que já tivesse esse plano”.

Os três profissionais contratados *ad hoc* articularam-se então com o Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente de Recife (COMDICA), a Rede de Combate ao Abuso e Exploração Sexual e as ONGs Centro Dom Helder Câmara (CENDHEC) e SAVE THE CHILDREN. Juntos realizaram um seminário e elaboraram o requerido Plano, em 2002. As diretrizes daquele Plano Municipal estavam alinhadas com as previstas no Plano Nacional de Enfrentamento à Violência e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes, de 2000. E, delas, saíram as linhas de ação do Serviço Sentinela/Recife, que finalmente iniciou as suas atividades em maio de 2002, após chegarem os recursos do Governo Federal.

O atendimento às crianças e aos adolescentes vítimas de violência e exploração sexual e suas famílias é reconhecidamente o carro-chefe do Sentinela/Recife. Mas também são desenvolvidas outras atividades previstas no Plano Municipal: a defesa e responsabilização, a prevenção, a mobilização e a organização e o protagonismo juvenil. Uma particularidade do atendimento no Sentinela/Recife é que desde o início do seu funcionamento são atendidas crianças e adolescentes vítimas de qualquer forma de violência inter-pessoal (física, psicológica, sexual, negligência) e não apenas as que sofrem violência e exploração sexual<sup>11</sup>, como apregoava o programa.

O eixo da defesa e responsabilização justifica-se pela necessidade de realizar atendimento jurídico às famílias que enfrentam processos na Justiça contra abusadores sexuais. No Sentinela/Recife se materializou na parceria com o CENDHEC e o encaminhamento dos casos para esta ONG, que é mais experiente no tema e conta com advogados entre seus quadros. Visa, sobretudo, assessorar e acompanhar as famílias nos processos judiciais,

---

<sup>11</sup> A questão das vítimas de exploração sexual não será abordada nesta pesquisa, pois escapa ao seu escopo. Bastará assinalar que o Sentinela/Recife tem grandes dificuldades por enfrentar esta problemática e praticamente não atende casos.

buscando a responsabilização judicial do agressor. O eixo da prevenção, como se verá, é trabalhado principalmente pelos educadores sociais do Serviço, que realizam constantemente palestras e oficinas de prevenção em diversas instituições da cidade (escolas, institutos e empresas, fundamentalmente).

O eixo da mobilização e organização se materializa pela articulação do Sentinela/Recife e seus profissionais com todas as organizações e redes que lutam e zelam pela garantia dos direitos das crianças e adolescentes; pela participação em eventos reivindicativos (como o 18 de maio) e pela realização de eventos públicos, visando conscientizar a sociedade, como vídeo-debate, seminários e palestras. Assim mesmo, é notório o papel de liderança do Sentinela/Recife com relação aos Sentinelas de outros municípios do Estado, que têm menos estrutura, recursos e experiência, puxando reuniões mensais no auditório da policlínica. O último eixo, o do protagonismo juvenil, começou a ser trabalhado mais recentemente, com a formação de um grupo de jovens multiplicadores da temática da violência e exploração sexual de crianças e adolescentes.

### 3 MARCO TEÓRICO E CONCEITUAL

#### 3.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

As representações sociais (RS) constituem uma categoria analítica extremamente útil para dar conta da visão de atores sociais sobre qualquer aspecto da realidade. Tal visão encontra-se igualmente embasada nas experiências da vida cotidiana destes e nos contextos estruturais em que se encontram inseridos. De acordo com Minayo (2004b: 158), nas ciências sociais as RS *“são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a”*.

Como indicam Cardoso e Gomes (2000: 504), *“a questão das RS é bastante controversa e seu uso diversificado”*. Embora o emprego propriamente do termo não resulte tão antigo na história das ciências sociais, este nutriu-se de categorias sociológicas clássicas que abrangiam um espaço semântico próximo ao que hoje em dia o termo pretende significar. Dentre estas categorias, as mais destacadas foram ‘representação coletiva’, de Durkheim; ‘mentalidade’ e ‘visão de mundo’, de Weber; e ‘consciência’ e ‘ideologia’, de Marx (MINAYO, 2004b). Também foram notórias as contribuições conceituais provenientes da fenomenologia, com categorias como ‘percepção pré-reflexiva’, de Husserl e ‘experiência cotidiana’, de Schutz (QUEIROZ, 2000).

Nos anos 60, um psicólogo social, Moscovici, inaugurou a história moderna das RS, redefinindo a noção durkheimniana de representação coletiva. A partir daquele momento, começaram a se dar desenvolvimentos diversificados no seu uso e significado. Herzlich, desde a sociologia da doença, foi a mais imediata continuadora da empreitada de Moscovici (embora fosse seguidora do mesmo só por pouco tempo). Paralelamente, a sociologia

compreensiva (Goffman, Garfinkel) explorava os sentidos da vida cotidiana. Outros desdobramentos aconteceram também na história cultural (Chartier) e na antropologia da saúde (Williams, Good).

Desde os anos 90, alguns nomes provenientes da psicologia social francesa, como Jodelet e Abric, vêm se destacando também no desenvolvimento de abordagens metodológicas quantitativas altamente formalizadas sobre as RS, bem como no desenvolvimento da teoria psicossocial das representações sociais (QUEIROZ, 2000; CARDOSO 2000; CARDOSO; GOMES, 2000). Mas esta abordagem não será contemplada na presente pesquisa, que tratará as representações sociais como categoria de análise qualitativa.

Uma primeira valoração que pode ser feita é que desde os primórdios do emprego do termo RS e dos seus antecessores, duas posições extremas e opostas vêm se confrontando. Por um lado, uma forte concepção estruturalista sinaliza as representações como univocamente determinadas pela realidade social. Embora haja também abordagens estruturalistas não necessariamente deterministas, como seria o caso de Minayo (2004b). Por outro lado, uma concepção hiper-subjetivista, fenomenológica, coloca nos atores sociais a responsabilidade toda pela criação dos sentidos e significações inerentes às representações da vida cotidiana. Há deficiências claras nas duas opções. Na primeira, o mundo social aparece como extremamente coercitivo e exterior ao indivíduo, não lhe permitindo espaço de manobra. Na segunda, o meio social aparece deficitariamente concebido, pois “é dimensionado como algo em permanente construção, que só possui existência na consciência dos indivíduos” (QUEIROZ, 2000: 38). Neste caso, não se consegue enxergar a cristalização das instituições que ultrapassam os sujeitos e interferem nos seus possíveis campos de ação.

No entanto, para Queiroz (2000), alguns antropólogos sócio-culturais (Gluckman, Leach, Turner) e alguns sociólogos compreensivistas (Garfinkel, Goffman) conseguiram

realizar uma síntese dialética (ou eclética) daquelas duas tendências, introduzindo nos seus trabalhos um viés não-totalitário das estruturas sociais sobre a vida cotidiana e as ações dos indivíduos que tratavam de estudar. Assim, estes autores mostraram como:

as circunstâncias vividas no cotidiano freqüentemente colocam os indivíduos em uma posição em que são estimulados a desempenhar papéis compatíveis ou conflitantes com determinados princípios culturais. Estes últimos, é verdade, contêm força coatora, porém não se pode perceber os indivíduos como meras marionetes que os reproduzem incondicionalmente. Ao contrário, em várias situações esses princípios são manipulados, alterados e adaptados às circunstâncias da vida em sua esfera local e cotidiana (QUEIROZ, 2000: 41).

Além de concepções teóricas contrapostas, a grande divergência entre a posição estruturalista e a fenomenológica no tocante às RS diz respeito à relação que estas guardam com as práticas (ou condutas) dos atores sociais. Para o estruturalismo, esta relação seria de determinação, enquanto que a fenomenologia frisaria o grau de liberdade de ação dos indivíduos perante suas visões de mundo.

A título de ilustração, uma definição de RS com conotações estruturalistas encontra-se em Cavalcanti, Gomes e Minayo (2006: 32), que entendem as RS como “*sistemas de interpretação que **regem** a relação dos sujeitos com o mundo e com os outros*”. Esta definição do termo aproxima-se bastante com uma noção defendida, em 1994, pelo historiador cultural Roger Chartier. De acordo com Chartier (1994 apud CARDOSO, 2000: 18), as RS “*incorporam nos indivíduos as divisões do mundo social e estruturam os **esquemas de percepção e de apreciação, a partir dos quais os indivíduos classificam, julgam e agem***” [os grifos são todos nossos]. No entendimento destes autores, as representações seriam elos intermediários entre a ordem social e os comportamentos individuais/ relacionais, esboçando-se um determinismo vertical descendente, que iria desde o nível macro ao micro.

Todavia, Alves e Rabelo (1998: 108), expressando um posicionamento de cunho fenomenológico, criticam concretamente esta “nítida relação de determinação das representações sobre as práticas” presente, segundo eles, na maioria dos estudos antropológicos de saúde/doença com enfoque nas RS. Naqueles estudos, continuam, as condutas dos pacientes seriam explicadas automaticamente como o “efeito de um tecido subjacente de representações”, que em última instância seriam “representações inconscientes” (p. 111). Segundo eles, este modelo explicativo seria devedor da concepção cartesiana que segregava a entidade humana em duas dimensões ontológicas e enunciava ostensivamente o predomínio vertical da alma sobre o corpo. Ou seja, do pensamento sobre a ação.

Vale destacar aqui algumas observações de Herzlich (1991: 27) a respeito. Esta autora, antecipando-se alguns anos às críticas de Alves e Rabelo (1998), explicava como uma representação não tinha poder preditivo sobre uma conduta: *”não pode haver ligação mecânica entre uma representação coletiva e uma conduta individual específica”*. Desse modo, *“é claro que representações diferentes podem atualizar-se em condutas semelhantes e que uma representação partilhada coexiste com comportamentos muito diferentes”* (1991: 27). Herzlich, contudo, não se alinha com a crítica fenomenológica. Para a autora, a falta de determinação entre relações e práticas não desautorizaria a realização de pesquisas nesse campo. Pois, a predição de condutas individuais não é o verdadeiro objeto dos estudos de representação. Este seria o de *“evidenciar o código a partir do qual se elaboram significações ligadas às condutas individuais e coletivas”* (p. 27).

Entre a corrente estruturalista e a fenomenológica ainda haveria notáveis divergências em outros pontos, como por exemplo, no próprio exercício de análise e interpretação. Assim, segundo Minayo (2004b: 173):

As representações sociais se manifestam em condutas e chegam a ser institucionalizadas, portanto, podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. Sua mediação privilegiada, porém, é a *linguagem do senso comum*, tomada como forma de conhecimento e de interação social. (...) Com o senso comum os atores se movem, constroem sua vida e explicam-na mediante seu estoque de conhecimentos.

De outro modo, para Alves e Rabelo (1998: 108) aqueles estudos antropológicos que criticavam terminariam por ficar reféns de uma concepção reducionista e estrutural da realidade. Em consequência, a ação social dos sujeitos apareceria como vinculada apenas de forma contingencial com a situação em que se desenrolava (p. 111) e o exercício hermenêutico que o pesquisador iria desenvolver acabaria por descobrir nos discursos dos seus entrevistados apenas “um sentido inerte, universal” (p. 117).

Para Queiroz (2000: 27), que adotará um posicionamento intermediário sobre o assunto, “*as representações sociais são conhecimentos culturalmente carregados, que adquirem sentido e significado plenos apenas se forem levados em consideração o contexto e a situação em que se manifestam*”. Ou seja, se forem levadas em conta tanto a estrutura social de fundo, quanto à conjuntura situacional em que emergem. Este posicionamento surge da convicção de que nem o subjetivismo nem o estruturalismo extremos poderão dar conta satisfatoriamente do fenômeno das representações sociais.

Atualmente, há um reconhecimento de muitos autores (...) da necessidade de se levar em conta tanto o nível subjetivo das representações sociais como o nível objetivo da estrutura. Qualquer unilateralidade de um desses aspectos na apreensão da realidade conduz inevitavelmente a um viés tendencioso, que revelará uma realidade distorcida (QUEIROZ, 2000: 45).

Queiroz fornece, ainda, uma definição ponderada sobre as RS: “*Um tipo de saber, socialmente negociado, contido no senso comum e na dimensão cotidiana, que permite ao indivíduo uma visão de mundo e o orienta nos projetos de ação e nas estratégias que*

*desenvolve em seu meio social [o grifo é nosso] (QUEIROZ, 2000: 27). Esta é a definição que será adotada no presente projeto, haja vista o caráter ponderado dos seus termos. Nessa mesma linha intermediária, é aceita a incontornável dualidade dos fenômenos indivíduo/sociedade e agência/estrutura. Assim, Deslandes (2002) entende que as RS implicam tanto “uma construção do real forjada pelos sujeitos em sua vida cotidiana e seus processos de interação”, quanto que “esse real ultrapassa cada sujeito, pois a produção social da significação se dá a partir da inserção desses mesmos sujeitos numa mesma cultura, numa ordem de linguagem, numa ordem de poder e dominação” (DESLANDES, 2002: 40).*

Um pensamento de síntese também se encontra em Herzlich (1991). Esta autora, que inicialmente tinha se inspirado na psicologia social de Moscovici para adentrar no tema das RS, posteriormente distanciou-se do seu predecessor e adotou uma linha menos subjetivista e deu mais ênfase à sociedade. Assim, em datas mais recentes, e sem dúvida influenciada pela sociologia construtivista de Berger e Luckmann, Herzlich afirmou que “*as representações estão enraizadas na realidade social histórica, ao mesmo tempo que contribuem para construí-la*” (HERZLICH, 1991: 32). Para a autora, ainda, as RS permitiriam compreender porque alguns problemas sobressaem na sociedade, podendo contribuir no esclarecimento de alguns aspectos de sua apropriação pela sociedade.

Herzlich (1991: 29) lança ainda uma importante advertência teórico-metodológica a respeito: uma das características das RS é que o seu objeto parece, “*para os que dela partilham, pura e simples percepção: tal é seu caráter original*”. Mas o pesquisador, “*deve tentar articular em sua análise, o fato que a representação não constitui um simples reflexo do real, senão a sua construção, que ultrapassa cada um individualmente e chega ao indivíduo, em parte, de fora dele*”.

### 3.2 FAMÍLIA

A família é considerada historicamente uma das instituições sociais mais importantes que existem. Nas ciências sociais são comuns as definições de família que a concebem como “*um grupo social estruturado a partir de relações de consangüinidade, afinidade e descendência que se constitui como unidade de reprodução humana*” (DURHAM, 1982).

A instituição familiar tem perdurado desde tempos imemoriais graças a uma extraordinária versatilidade e capacidade de adaptação a todo tipo de contextos e mudanças socioeconômicas (SEGALEN, 1999). Desta forma, a sua permanência ao longo da história combina-se com a ampla variabilidade de formas adotadas nas mais diversas circunstâncias.

A família exerce importantes funções básicas, como a reprodução e a manutenção física dos seus membros (DURHAM, 1982). Nesse último aspecto, representa, “*o eixo de organização do espaço social imediato dos indivíduos, facilitando o seu ajuste às dificuldades da vida*” (WOORTMANN, 1987 apud BASTOS; TRAD, 1998: 107). A família também é reconhecida por ser o primeiro núcleo de socialização dos indivíduos (BRASIL, 2002a). E desenvolve, ainda, um importante papel como *mediadora* entre a sociedade e os indivíduos, exercendo uma coação sobre estes últimos, para o cumprimento das suas obrigações sociais (GOODE, 1970).

Atualmente, considera-se que a família continua dando conta da reprodução física e social a partir dos arranjos das relações afetivo-sexuais entre os seus membros (VAISTMAN, 1999 apud DESLANDES; ASSIS, 2004: 15), bem como do valor moral socialmente atribuído aos laços de parentesco que os unem (COMAS d’ARGEMIR, 1997; SARTI, 2007).

Nesse sentido “a família é um *locus* privilegiado de solidariedades, no qual os indivíduos podem encontrar refúgio contra o desamparo e a insegurança da existência”

(PEREIRA-PEREIRA, 2004: 36). Mas também, deve perceber-se que estas solidariedades, amiúde desenvolvem-se de forma coativa no seio das estruturas familiares, que são construídas a partir de referenciais hierárquicos de geração e gênero (MIOTO, 2004; SCOTT, 2005). Nelas há uma expectativa de cumprimento de papéis familiares embasados no “desejo espontâneo de cuidar e a predisposição para proteger, educar e até para fazer sacrifícios” (PEREIRA-PEREIRA, 2004: 36).

Como instituição social, a família tem duas referências. Por um lado, a família se materializa em *famílias*: grupos sociais concretos, empiricamente delimitáveis. Por outro lado, refere-se a modelos culturais familiares, que, pelo geral, são mutáveis ao longo da história. Estes modelos ou padrões culturais teriam ainda uma dupla dimensão. A saber, tanto seriam “*modelos de*” quanto “*modelos para*” (DURHAM, 1982: 33).

Os modelos familiares são “*modelos de*” na medida em que são “**representações** de ordenações presentes na vida social”. Seriam, assim, “construções sintéticas”, nas quais está expressa e resumida uma certa diversidade de estruturas encontradas na realidade. Mas a realidade social nela jamais cabe por inteiro. São, ainda, “*modelos para*” na medida em que se convertem em *instrumentos que modelam a conduta* (GEERTZ, 1973 apud DURHAM, 1982). Nesse sentido, os padrões culturais de família, são construções ideológicas, que contribuem para referenciar a organização da vida social (1982: 33).

Apesar de encontrarmos dentro de qualquer sociedade uma importante variabilidade de estruturas familiares concretas, costuma a prevalecer um modelo ideal de família que serve de guia para os indivíduos reproduzirem. Na sociedade ocidental contemporânea prevalece um modelo familiar de referência conhecido como família nuclear. Assim, este modelo, que restringiria a família a um núcleo composto por pai, mãe e filhos, é também considerado ideologicamente hegemônico, exercendo um importante apelo no imaginário social de todas as camadas sociais (DESLANDES; ASSIS, 2004: 17).

No entanto, na realidade empírica, encontram-se estruturas que divergem do modelo nuclear. No Brasil, a despeito das chamadas *novas formas de família*, que começam a despontar em décadas recentes, o caso mais comum de estrutura não-nuclear de família é aquela historicamente denominada *família matrifocal*. Isto é, a família formada basicamente por mães e filhos e, na qual, a presença de um cônjuge-pai tende a ser temporária e instável (DURHAM, 1982; STOLCKE, 1992).

De acordo com Durham (1982), a família matrifocal no Brasil seria muito mais comum nas camadas pobres da população, que são, predominantemente, de origem afro-descendente. Por conta disso, a representação do modelo matrifocal exerce um papel subalterno no imaginário popular. A sua presença remonta aos tempos coloniais. Mas não pode ser considerada como uma forma alternativa de família nem um vestígio da herança cultural africana, pois surgiu justamente a partir do processo de desestruturação social e destruição cultural a que a Igreja, o Estado e as classes dominantes submeteram a população escravizada (1982: 33). Nesse sentido, para Stolcke (1992), a re-interpretação da família matrifocal aparece como decisiva para a identidade histórica e social desta população.

Desde o período colonial, o modelo familiar hegemônico no Brasil vinha privilegiando a união conjugal-legal constituída como núcleo estrutural e mantenedora de todo o sistema de parentesco bi-lateral (a parentela). Entretanto, este modelo só conseguia realizar-se plenamente entre as classes dominantes. Nas camadas populares urbanas, a constituição de famílias regulares era extremamente rara. Pelo contrário, nelas estenderam-se outras formas de união consensual, de duração variável, dentre as quais se destacava o concubinato. Este tipo de união informal despontou como a forma privilegiada de relação sexual entre homens brancos, de condição e com família legal constituída, e mulheres negras, solteiras e pobres. O concubinato, portanto, era o resultado do processo de dominação, derivando numa forma de reprodução que se dava fora da família, “*constituindo mães sem maridos e filhos sem pais que,*

*além de moralmente discriminados, estavam numa posição de efetiva desvantagem econômica e social”* (DURHAM, 1982: 39).

Desse modo, o sistema de dominação não permitiu nem a generalização, para toda a população do modelo de família centrado na relação conjugal, nem a emergência de modelos alternativos (DURHAM, 1982: 46). Para esta autora, os arranjos domésticos precários, as ligações instáveis e o concubinato, tão presentes na população pobre urbana, *“não constituem propriamente um modelo alternativo de família, mas a realização precária, fragmentada ou deformada do modelo vigente, com sua valorização do vínculo conjugal”* (1982: 41).

Em períodos mais recentes, uma das conseqüências da grave crise econômica que assolou a América Latina nos anos 80 foi o ressurgimento de lares chefiados por mulheres. Stolcke (1992) procura explicar o fenômeno argumentando que em contexto de crise econômica os valores de gênero intercedem potencializando a instabilidade familiar. Para esta autora, os valores de gênero vigentes naquela época no Brasil (e ainda hoje amplamente espalhados) prescreviam que o marido-pai devia literalmente ganhar a autoridade no seu lar trazendo o *ganha-pão*, enquanto o lugar natural da esposa-mãe estava na casa. Quando as iniciativas de procura de trabalho dos homens esbarravam no desemprego estrutural, e não conseguiam cumprir o seu papel no lar, estes perdiam o seu lugar legítimo na casa, produzindo a conseqüente instabilidade familiar (STOLCKE, 1992). Para ter uma idéia da magnitude deste fenômeno, em 1970, a estrutura doméstica matrifocal representava 13% do total de lares no Brasil “e seguiam em aumento” (MERRICK; SCHMINK, 1983 apud STOLCKE 1992). Dados do IBGE assinalam que em 1999 os lares chefiados por mulheres<sup>12</sup> representavam 16,7% do total do país, enquanto que em Pernambuco, no mesmo ano, aquela proporção era de 19,3% do total (CONDEPE, 2001: 20).

---

<sup>12</sup> A categoria usada nessa publicação foi “mulheres com filhos residentes em domicílios particulares” e, numa nota a rodapé, especifica-se que trata-se de “mulheres sem cônjuges” (CONDEPE, 2001: 20).

Por outro lado, a idealização da família nuclear na sociedade ocidental contemporânea deve bastante à sociologia funcionalista americana de meados do século XX, cujo principal e mais destacado representante foi Talcott Parsons. Balizado na experiência da classe média urbana dos EUA dos anos 50, Parsons identificou a família nuclear como aquela alicerçada num casamento monogâmico, estável, que coabita numa residência doméstica junto com os seus filhos e se articula em torno de papéis sexuais repartidos rigorosamente entre os cônjuges (SEGALEN, 1999; DESLANDES; ASSIS, 2004; HITA, 2005).

Para Parsons, com o advento da sociedade industrial seria inevitável a dissolução dos laços de parentesco mais distantes e a redução do grupo doméstico a uma forma nuclear (SEGALEN 1999: 12). Assim, na sua concepção, a família nuclear surgiria como funcional à modernidade industrial. Este argumento, apesar de ser inexato, na verdade acabaria por balizar um discurso ideológico desenvolvimentista, de viés evolucionista, que pregava a expansão da industrialização por todo o mundo, assim como a universalização do modelo de família nuclear (DESLANDES; ASSIS, 2004: 16) “... *como se a diversidade de modelos familiares apresentados ao longo da história e de distintas culturas pudessem ser classificados como sendo moralmente inferiores, culturalmente menos civilizados e menos sadios*” (HITA, 2004: 121).

Segalen (1999) relata que, coincidindo com a consolidação deste modelo hegemônico de família nuclear, assiste-se ao aparecimento de vários discursos sobre “a crise da família”, os quais evocam a dissolução da família tradicional extensa e dos valores morais a ela associados. Isso acontecia quando mais vigorosamente estendido estava, em realidade, o modelo nuclear na sociedade ocidental, coincidindo, aliás, com o período de 25 anos de crescimento econômico e progresso industrial contínuo, logo após a 2ª Guerra Mundial.

Os anos 70, porém, foram marcados por acentuados períodos de crise e pelo surgimento do desemprego estrutural, ao mesmo tempo em que as sociedades ocidentais

passaram por uma desindustrialização e os setores terciários foram ampliados. A este novo contexto econômico associaram-se as transformações que a instituição familiar vem experimentando nos últimos anos: queda contínua das taxas de nupcialidade e fecundidade, aumento da instabilidade conjugal e do divórcio, surgimento da coabitação (SEGALEN, 1999).

Assim, de acordo com Pereira-Pereira, a partir dos anos 90, as famílias “tornaram-se mais efêmeras e heterogêneas” (2004: 39). E, desde então, vem ocorrendo também a eclosão das chamadas “novas formas de família<sup>13</sup>”, sendo que boa parte delas é citada em textos constitucionais e códigos civis modernos<sup>14</sup>. As mesmas compartilham a cena com as uniões estáveis e, nos países em desenvolvimento, com os núcleos matrifocais. Exemplo destes novos arranjos familiares seriam as chamadas famílias monoparentais (que não devem ser confundidas com as matrifocais, por um claro viés de classe)<sup>15</sup>, as famílias reconstruídas e os casais do mesmo sexo<sup>16</sup>.

Mas, paradoxalmente, “*nos anos 90, (...) o discurso sobre a crise da família desapareceu, dando lugar a uma redescoberta da importância dos laços familiares e do peso da instituição na sociedade moderna*” (SEGALEN, 1999: 9). Agora, a mídia e as ciências sociais irão tecer um novo discurso sobre a família que enfoca os papéis protetores e cuidadores dos seus membros adultos sadios e sua valorização como espaço privilegiado de

---

<sup>13</sup> Segundo documento do Ministério da Saúde, com estes novos modelos de família gera-se “um novo contexto de relações de poder e inter-relações, um universo diferente de expectativas e de representações subjetivas no âmbito da família, com dificuldades próprias, envolvendo todos os seus membros: pais, mães e filhos” (BRASIL, 2002a: 14)

<sup>14</sup> Na Constituição brasileira de 1988 e no novo Código Civil, “o conceito de família abrange diversos arranjos: a união formada por casamento; a união estável entre o homem e a mulher e a comunidade de qualquer dos genitores (inclusive da mãe solteira) com seus dependentes (a chamada família monoparental)” (PEREIRA-PEREIRA, 2004: 39). Considere-se também aqui que “o modelo de solidariedade familiar não é apenas praticado de fato, mas trata-se de uma solidariedade obrigada por lei, conforme prevêm as legislações vigentes sobre a convivência familiar” (MIOTO, 2004: 46).

<sup>15</sup> O termo família monoparental começou a ser usado justamente para designar aquele modelo de família resultante do divórcio do casal, e que começou a preponderar com a legalização e institucionalização do mesmo, ganhando destaque nas classes médias de Europa e América.

<sup>16</sup> É claro que o surgimento e, em alguns países, o reconhecimento dos lares formados por casais do mesmo sexo teve como fator determinante as lutas políticas dos movimentos de gays e lésbicas.

desenvolvimento das relações interpessoais. Os sociólogos da família mudam a terminologia do discurso e começam a falar de *famílias* em plural (DESLANDES; ASSIS, 2004: 16). Abandonam, perante as evidências, a idéia de núcleo familiar e a substituem por uma concepção reticular das instituições familiares, agora entendidas como “*redes de relações nas quais interagem os sujeitos e se busca prover os recursos materiais e afetivos*” (2004: 17). Redescobrem, assim, “a intensa circulação afetiva, material e simbólica no seio da família” (SEGALEN, 1999: 17).

De acordo com Carvalho, atualmente “*espera-se da família que seja, sobretudo, capaz de produzir cuidados e proteção que proporcione a aprendizagem de afetos, a construção de identidades e vínculos de pertencimento*” (2002 apud DESLANDES; ASSIS., 2004: 19).

Para Segalen (1999), este novo discurso positivo sobre a família, que a resgata como “um valor moderno”, deve inscrever-se “no contexto de crise que abala o Estado Providência” (p. 35). Correlaciona-se, portanto, com o auge da corrente ideológica neoliberal que, por aquelas datas, emergia no cenário global propondo o desmantelamento do Estado de Bem-Estar (BARROS, 1996) e a transferência de suas responsabilidades sociais para o mercado e a sociedade. Nesse contexto deve interpretar-se, por exemplo, a escolha de 1994 como o Ano Internacional da Família pelas Nações Unidas, ensejando a reflexão e mobilização ética, social e política sobre o tema no mundo inteiro (SANTOS, 2006).

Ora, esta nova tendência, fortemente carregada e orientada ideologicamente, tem costumado negligenciar o “caráter contraditório da família”. Isto é, o fato que “o núcleo familiar não é uma ilha de virtudes e de consensos num mar conturbado de permanentes tensões e dissensões” (PEREIRA-PEREIRA, 2004: 36) Também não considerou a diversidade de situações e modelos que refletem a heterogênea constelação de famílias no conjunto da sociedade:

O que pode ser pensado para um padrão de família em termos de política social, ou exigido desse padrão como co-responsabilidade, pode não servir para outros padrões (p. 40) (PEREIRA-PEREIRA, 2004: 40).

Por sua vez, cabe considerar que o discurso contemporâneo sobre a família também é devedor do surgimento, na segunda metade do século XX, de um novo cenário internacional que priorizou os direitos humanos, de um modo geral, e os da criança, em particular. Veremos como “existe uma conexão direta entre proteção das famílias, nos seus mais diversos arranjos, e proteção aos direitos individuais e sociais de crianças e adolescentes” (MIOTO, 2004: 57).

Assim, com a Declaração Universal dos Direitos da Criança, redigida em 1959, engendrou-se uma nova filosofia jurídica, a chamada ‘doutrina da proteção integral’, que veio à luz em 1989, quando teve lugar a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), adotada na Assembléia Geral das Nações Unidas (MINAYO, 2004a).

A doutrina de proteção integral foi idealizada, primeiramente, como uma estratégia jurídica que fosse efetiva na garantia da cidadania ampliada para crianças e adolescentes<sup>17</sup>. Na CDC reconhece-se o papel socializador e protetor da família e a sua importância “*para o crescimento e o bem-estar de todos os seus membros, e em particular, das crianças*” (ONU, [1989]: 144). Mas uma das razões da doutrina será, justamente, o de enfrentar a trágica realidade do não cumprimento das funções familiares. Ou seja, a existência de relações muitas vezes não-protetoras no interior da família, propiciando a sua conversão num “ambiente de vulnerabilidade” (NIIMI, 2004: 9). Buscando salvar esta contradição tão disseminada na sociedade, a doutrina da proteção integral veio procurar a figura da sociedade e do Estado para assumir, conjuntamente com a família, a responsabilidade compartilhada de assegurar os direitos de crianças e adolescentes<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> Agora, estes novos sujeitos de direito deixarão de ser considerados como seres inferiores ou cidadãos de segunda.

<sup>18</sup> Com a questão da responsabilidade partilhada entre família, sociedade e Estado tornar-se-à viável a superação, a nível jurídico, da ideologia do poder ilimitado por pais, parentes, ou outros adultos responsáveis sobre os seus

No Brasil, num contexto de dilatada transição democrática, as conexões internacionais no campo dos direitos da infância e da adolescência possibilitaram a inclusão da doutrina da proteção integral na Constituição Federal de 1988. Assim, no artigo 227 da mesma estabelecem-se os direitos fundamentais desse grupo, os quais viriam a ser regulamentados pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/90 (MINAYO, 2004a: 13-15). Desta forma, ganha destaque que, tanto na Constituição de 88 quanto no ECA é garantida como direito fundamental de crianças e adolescentes a convivência familiar e comunitária.

Cabe refletir aqui sobre o contexto contemporâneo da sociedade brasileira, no qual foi desenvolvido um Estado de Bem-Estar frágil e tardio, com um capitalismo retardatário altamente vulnerável à reestruturação produtiva e com conseqüentes elevadas taxas de desemprego estrutural e exclusão social. Nesse contexto, o reconhecimento do direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária e da responsabilização compartilhada entre família, sociedade e Estado na garantia de direitos e proteção dos mesmos não pode ser considerado apenas como mera instrumentalização dos desígnios neoliberais. Antes deve ser enxergado como ótima oportunidade de inclusão social e de construção conjunta de uma cidadania ampliada. Ora...

...a intervenção do Estado não pode restringir-se apenas ao processo de definição e garantia dos direitos individuais. Ao lado (...) deve ser colocado o processo de definição e implementação de políticas sociais, que forneça instrumentos de sustentação necessários para o bem-estar das famílias. (MIOTO, 2004: 49).

De acordo ainda com a CDC, a intervenção adequada da sociedade e do Estado para com as situações de desproteção familiar passa justamente pelo fornecimento do apoio necessário à instituição familiar: *“A família (...) deve receber a proteção e assistência*

---

descendentes menores. Desta forma, a doutrina da proteção integral deu fim ao monopólio que a instituição familiar tinha sobre crianças e adolescentes.

*necessárias a fim de poder assumir plenamente suas responsabilidades dentro da comunidade*” (ONU, [1989]: 144). Para isso, antes “*é crucial ver as famílias como sujeitos coletivos, com seus processos internos de mediação e diferenciação e com potenciais assimétricos para obtenção de poder e acesso a recursos (...)*” [grifo nosso] (SARACENO, 1989 apud BASTOS; TRAD, 1998: 108).

Cabe salientar que “a relação estabelecida entre família e Estado foi marcada (...) pela construção de uma contraditória parceria no decorrer do tempo para garantir a sua reprodução social” (MIOTO, 2004: 50-51). Por um lado, o Estado promoveu um “processo de definição e garantia de direitos individuais, (...) favorecendo especialmente os membros mais frágeis – crianças, idosos e mulheres”. E isso aconteceu mediante uma progressiva invasão e controle da vida familiar. Por outro lado, o Estado também se converteu em um provedor da autonomia das famílias “em referência à parentela e a comunidade”, mediante a concessão de subsídios diversos (MIOTO, 2004: 49; ver também SINGLY, 2007).

Aprofundando nessa contradição, Scott (2005: 234) assinala que o ambiente sociopolítico favorecedor da busca de direitos no mundo contemporâneo faz com que a família seja entrecortada “pelas suas diversas linhas hierárquicas, realçando valores em competição e promovendo uma percepção e formação mais e mais fragmentada de famílias”. Disso se deriva que o foco das políticas públicas não são, de fato, as famílias, mas os seus membros “como alvos de direitos, fazendo com que as famílias, em si, sejam situadas muito mais como palcos privilegiados (quando não questionáveis!) onde os direitos se contendem” (p. 236).

Na mesma perspectiva, Miotto (2004) argumenta que a política social brasileira desenhou-se de forma extremamente setorializada e institucionalizada, elegendo “*o indivíduo como o epicentro de suas atenções*”. Assim, os programas de orientação e apoio sociofamiliar estariam organizados em “*serviços centrados basicamente em indivíduos-problema*”.

Ou seja, a atenção é dirigida para a criança, o adolescente, a mulher, o idoso, a partir de situações específicas, tais como a doença, a delinquência, o abandono, os maus-tratos, a exploração. Tais abordagens, embora cada vez mais sofisticadas, em termos de recursos disponíveis para a intervenção, tanto técnicos como profissionais, têm uma leitura limitada das demandas que lhe são colocadas e perdem de vista os processos relacionais como um todo (MIOTO 1997, apud MIOTO, 2004: 55)

Para esta autora, os processos de assistência às famílias teriam sido construídos com base na crença de que todas as famílias, *“independentemente de suas condições objetivas de vida e das próprias vicissitudes da convivência familiar, devem ser capazes de proteger os seus membros”*. E foi a partir deste crivo ideológico que pôde ser operada uma distinção básica entre “famílias capazes e famílias incapazes”:

Na categoria de incapazes estariam aquelas que, não conseguindo atender às expectativas sociais relacionadas ao desempenho das funções atribuídas, requerem a interferência externa, a princípio do Estado, para a proteção de seus membros. Ou seja, são merecedoras de ajuda pública as famílias que falharam na responsabilidade do cuidado e proteção de seus membros. (MIOTO, 2004: 51).

Assim, esses Programas consubstanciam-se no princípio da “cidadania invertida” formulado por Sposati (1985 apud MIOTO, 2004: 56), segundo o qual *“o acesso a tais programas implica a comprovação do fracasso dos indivíduos”*. Além de que os programas de apoio sociofamiliar trariam “embutidos princípios assistencialistas e normatizadores da vida familiar” (2004: 44). Em decorrência disso, Miotto coloca a necessidade de realização de uma mudança na maneira de conceber e praticar a assistência às famílias:

desvencilhar-se das distinções entre famílias capazes e incapazes, normais e patológicas e dos estereótipos e preconceitos delas decorrentes (...) construir um novo olhar sobre as famílias e

novas relações entre elas e os serviços (...) ela tem o direito de ser assistida para que possa desenvolver com tranquilidade, suas tarefas de proteção e socialização das novas gerações, e não penalizada por suas impossibilidades (MIOTO, 2004: 57).

Portanto, o modo como as organizações de assistência (governamentais ou da sociedade civil) devem enxergar e lidar com tais famílias constitui-se como o grande desafio a ser enfrentado, especialmente pelos profissionais que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência e costumam a focalizar o seu atendimento apenas na vítima (DESLANDES; ASSIS, 2004). Entretanto, esta não parece ser uma meta fácil de alcançar, pois *“pressupõe uma profunda mudança cultural na área do atendimento social”* (2004: 110).

Hoje se considera que, idealmente, as organizações assistenciais devem evitar o paternalismo costumeiro próprio de épocas anteriores. Assim, as famílias com dinâmica de violência deveriam ser estimuladas nas suas potencialidades, fortalecidas no papel de proteger e engajadas não como meras usuárias de serviços públicos, mas como verdadeiras parceiras e colaboradoras do Sistema de Proteção e Garantia de Direitos (DESLANDES; ASSIS, 2004). Ou seja, trata-se de *“estimular a família a buscar seus direitos e exercer sua cidadania”* (CRAMI-CAMPINAS, 2005: 29). Essa forma distinta de atender... *“demanda coragem para o encontro com diferentes modos de pensar, de se expressar e de se encarar a vida dessas famílias”* (DESLANDES; ASSIS, 2004: 167).

Em síntese, pode-se dizer que as famílias em situação de vulnerabilidade social, que vivenciam e sofrem violências, inspiram proteção e cuidados para que possam ser verdadeiramente cuidadoras afetuosas e preocupadas com as necessidades infanto-juvenis. Seus arranjos, estratégias e formas de organização demandam um olhar ampliado, buscando enxergar seu dinamismo onde outrora se via ‘desestruturação’. O desafio que se coloca é explorar o potencial e as capacidades protetoras e afetivas onde se viam somente fracasso e transgressão (DESLANDES; ASSIS, 2004: 20).

### 3.3 VIOLÊNCIA

A violência é reconhecidamente um dos problemas sociais que mais vem mobilizando esforços e preocupações na sociedade contemporânea desde meados do século XX. Minayo (2003) considera que a violência tem múltiplas dimensões, sendo, ao mesmo tempo, um componente da vida social, uma expressão humana e relacional, uma forma de comunicação e também, de acordo com Hannah Arendt (1994), uma “dramatização de causas” diversas, que ganham protagonismo com a sua encenação.

Se para alguns autores a violência é um dos possíveis meios para a conquista e manutenção do poder, para Arendt (1994), violência e poder não devem confundir-se. Ademais, as tentativas de manter o poder por meios violentos demonstram-se sumamente ineficazes a longo prazo, anunciando, amiúde, o início da sua desintegração.

Em qualquer caso, ao considerar-se que todas as relações sociais, inerentemente, têm o atributo de serem relações de poder, logo enxerga-se o potencial que a violência tem para aparecer em qualquer âmbito da existência humana. Efetivamente, a violência perpassa todo tipo de relações sociais, manifestando-se de forma plural, não de uma, mas de múltiplas formas particulares. Nesse sentido, resulta mais profícuo trabalhar com a proposta de que existem ‘violências’, em lugar de ‘violência’ (MINAYO 2003). Ora, as violências estão conectadas em rede (MINAYO, 1994), umas potencializando as outras mediante perversos circuitos que articulam comportamentos e estruturas geradoras de sofrimento.

De acordo com Schraiber, d’Oliveira e Couto (2006) há uma estreita ligação entre o reconhecimento do problema da violência e as questões ético-políticas dos direitos humanos. Assim, *“a percepção negativa e condenatória das várias formas de violência seria um passo muito positivo alcançado pela humanidade, acompanhando o progresso do espírito democrático”* (DOMENACH, 1981; CHESNAIS, 1981 apud MINAYO, 2005: 15).

Por outro lado, a violência acarreta graves conseqüências à saúde individual e coletiva. Por esta razão, além de problema social, a violência é também em importante problema para a saúde pública. Pois, como reconheceu a OPAS, “*o setor saúde é a encruzilhada para onde confluem todos os colorários da violência*” (1993 apud MINAYO, 1994).

No contexto internacional, o reconhecimento da temática da violência na pauta do setor saúde vem se dando de forma gradativa desde os anos 60 do século XX. Mas no Brasil, isso só começou a acontecer a partir da década de 80 (MINAYO, 2006a). Vale dizer, porém, que, em datas recentes, o País vem se destacando pela decidida vontade de inclusão desta problemática na agenda do setor. Assim, na virada do século XX para o XXI, os esforços protagonizados por diversos atores sociais condensaram-se na publicação da Portaria ministerial MS Nº 737 de 16 de maio de 2001, intitulada *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências* (BRASIL, 2005). Com esse documento, legitimava-se formalmente a questão de que a violência, sim, é um problema para a saúde pública brasileira, ampliando-se o foco de sua abordagem antes restrita aos foros policiais e judiciários (DESLANDES; SOUZA; MINAYO et al., 2006).

No texto da Política Nacional (BRASIL, 2005: 7) define-se violência como “*o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprios ou a outros*”. Aqui fica claro que as ações violentas abrangem todo o espectro de possibilidades de relacionamento humano, desde o nível interpessoal, e de relação consigo mesmo, até os níveis macro-estruturais.

No entanto, desde um ponto de vista teórico, resulta frutífero considerar que todo evento violento, por mais interpessoal que seja, comporta sempre um certo grau de estruturalidade na sua contingência. Quer dizer, os eventos violentos que se concretizam nos níveis micros da realidade, também podem ser remetidos a causas subjacentes na estrutura dos sistemas social, político, econômico e cultural. Longe de pretender (des)responsabilizar aos

autores de eventos violentos concretos, esta reflexão aponta para a necessidade de repensar a responsabilidade pública e coletiva para o enfrentamento da violência.

Por outro lado, Minayo (2005) critica que, naquela definição de violência ora analisada, teria sido mais conveniente que aparecesse a questão da “negação e a omissão de cuidados, de socorro e de solidariedade como formas de violência”.

Mencionar negligência e omissão explicitamente como formas de violência é um passo fundamental para se desnaturalizar processos estruturais e atitudes de poder que se expressam em ausência de proteção e cuidados, dentre outras situações, responsáveis pela perenidade de hábitos econômicos, políticos, culturais e crueldades que aniquilam os outros ou diminuem suas possibilidades de crescer e se desenvolver (MINAYO, 2005: 19).

Por último, pretende-se colocar aqui que um fator complicador para a compreensão do fenômeno da violência e suas conseqüências é o fato de que ela não se reduz a um conjunto de práticas objetivas, mas também engloba representações pessoais e sociais (ASSIS; AVANCI; SANTOS et al., 2004). Relacionada à objetividade do ato violento está, portanto, a questão da subjetividade dos indivíduos que a cometem e dos que a sofrem. Nesse sentido, a violência converte-se num fenômeno polissêmico, com múltiplos significados. Ademais, as manifestações da violência “*provocam ou são provocadas por uma forte carga emocional de quem a comete, de quem a sofre e de quem a presencia*” (MINAYO, 2005: 14).

Seguindo estes raciocínios, poderia dar-se um passo além e afirmar que, no contexto dos serviços de saúde, estaria envolvida também a questão da subjetividade (em sua plena dimensão social) dos profissionais que atendem às vítimas e lidam com as famílias e os autores da violência.

### 3.4 VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a) define violência intrafamiliar como *“toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família”*. Apesar de aceitar-se esta definição como válida e operacional, cabe considerar que, na literatura sobre o tema, é muito freqüente também a utilização de outro termo: o de ‘violência doméstica’, que tem um campo semântico distinto. Em face do rigor conceitual, se faz necessário diferenciar aqui estas duas denominações.

A violência doméstica sinaliza o espaço/ambiente físico do lar, onde acontecem esses eventos; enquanto que, a violência intrafamiliar diz respeito à trama de relações sociais pautadas pelo parentesco no interior das quais a violência se manifesta. Em decorrência disso, a violência doméstica abrange qualquer tipo de violência perpetrada por qualquer pessoa presente no ambiente doméstico; ora, a intrafamiliar aponta que a autoria das agressões corresponde a algum membro da família. Inclui também pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consangüinidade (BRASIL, 2002a).

Como é sabido, o espaço doméstico é considerado o cenário privilegiado onde se desenrola a vida familiar. Portanto, na maioria das vezes a violência perpetrada por familiares acontece no espaço doméstico. Assim, num sentido laxo, pode usar-se o termo violência doméstica como sinônimo da violência intrafamiliar. E a literatura consultada massivamente tende a tratá-las como tal.

Contudo, deve observar-se que no espaço doméstico podem estar presentes outros atores sociais, que não familiares, como cuidadores, empregados, amigos, outros moradores e visitantes eventuais. Estes podem chegar a constituir-se em autores de violências. A violência intrafamiliar, por sua vez, também pode vir a ocorrer fora de casa e em outros espaços não-

domésticos nos quais as famílias venham a desenvolver atividades. Como, por exemplo, lugares e serviços públicos, locais de trabalho (especialmente nos negócios familiares), vias de transporte etc.

Um ponto crucial a ser considerado no binômio *violência doméstica x violência intrafamiliar* é que os laços de parentesco implicam uma forte carga moral e afetiva que não costumam estar presentes naquelas outras relações que se estabelecem no espaço doméstico com pessoas não-familiares. Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde:

A dinâmica e a organização das famílias baseiam-se na distribuição dos afetos, criando, no espaço doméstico, um complexo dinamismo de competições. Essas disputas são orientadas pelas diferenças de poder entre os sexos e, no contexto afetivo, motivadas pela conquista de espaços que garantam o amor, o reconhecimento e a proteção, (...). Trata-se desta forma, de disputas que estimulam sentimentos ambíguos de amor/ódio, aliança/competição, proteção/domínio entre seus membros. Famílias despreparadas para compreender, administrar e tolerar seus próprios conflitos tendem a se tornar violentas (BRASIL, 2002a: 13-14).

A violência intrafamiliar expressa dinâmicas de poder/afeto, nas quais estão presentes relações de subordinação/dominação. Nessas relações – homem/mulher, pais/filhos, diferentes gerações, entre outras – as pessoas estão em posições opostas, desempenhando papéis rígidos e criando uma dinâmica própria, diferente em cada grupo familiar (BRASIL, 2002a: 16).

Estas observações permitem concluir que o “laço familiar” constitui um elemento singular diferenciado que torna mais complexa a resolução da dinâmica de violência e do seu tratamento. Tal fato leva a privilegiar, no presente estudo, a referência ao recorte ‘intrafamiliar’, em detrimento do ‘doméstico’. Entretanto, por comodidade de linguagem, ou por necessidade de dialogar com a literatura existente eventualmente será usado também o termo ‘violência doméstica’.

Ainda deve considerar-se que tanto a violência doméstica quanto a intrafamiliar podem estar dirigidas contra qualquer um dos membros ali presentes. Assim, para o recorte do

objeto de estudo desta pesquisa deve-se acrescentar ao adjetivo ‘intrafamiliar’ o complemento ‘contra crianças e adolescentes’. Vale lembrar que:

(...) quando numa casa se observam maus-tratos e abusos contra algum de seus moradores, é quase certo de que todos acabam sofrendo agressões, embora com diferenciações hierárquicas. Estudos têm mostrado que as crianças são as maiores vítimas, pois a raiva, os ressentimentos, as impaciências e as emoções negativas dos outros membros as atingem como se elas fossem uma válvula de escape. Por isso, alguns autores falam que a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes costuma ser funcional, provocando uma espécie de homeostase. Sua fragilidade física e de personalidade as tornam alvos fáceis do poder dos adultos (SANCHEZ; MINAYO, 2004: 33).

Ademais, para as crianças e os adolescentes os efeitos da violência intrafamiliar podem ser devastadores, uma vez que a família é o primeiro grupo onde se constroem as identidades individuais, podendo produzir-se distorções da realidade e comprometimentos da auto-imagem (FINKELHOR, 1983 apud DESLANDES; ASSIS, 2004). Contudo, em anos recentes há um interesse crescente em estudar a questão da resiliência frente os efeitos da violência. Isto é, a capacidade de superação (ou adaptação) diante de uma adversidade considerada de risco e a possibilidade de construção de um processo de subjetivação a partir do enfrentamento de situações estressantes e ou traumáticas (JUNQUEIRA; DESLANDES, 2003 apud 2004). Assim, vem se reconhecendo que a resiliência pode ser vista como o resultado positivo da “interação entre atributos pessoais, os apoios do sistema familiar e aqueles provenientes da comunidade” (KOTLIARENCO et al., 1997 apud 2004).

Os tipos de violência doméstica/intrafamiliar contra crianças e adolescentes costumam a ser classificadas em função da natureza da violência. Assim reconhecem-se, a violência física, a violência sexual, a violência psicológica e a negligência e abandono (OPS, 2003). Encontra-se amplamente generalizado o uso de termos como maus-tratos e abuso para definir todos esses tipos de violência contra crianças e adolescentes. No Brasil, o uso de ‘maus-

tratos' freqüentemente aparece mais associado com a violência física, enquanto que acontece correspondência semelhante entre o termo 'abuso' e a violência de tipo sexual. Em qualquer caso, esses dois termos têm sofrido críticas importantes.

O termo "maus-tratos" tem sido criticado porque é vago, está amplamente difundido na sociedade e já existem interpretações populares diversas sobre o que seriam maus-tratos. Ainda traz implícita a idéia oposta de "bons-tratos". E teme-se, com isso, que o problema seja minimizado à sua conotação moral, restringindo as possibilidades de percebê-lo principalmente como problema social que é, com graves conseqüências para a saúde e o desenvolvimento infanto-juvenil (BRASIL, 2002b). Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OPS, 2003), procurando consensuar critérios a nível internacional, reconhece que há divergências culturais entre países enquanto à definição de que práticas constituem maus-tratos e descuido (negligência) a menores<sup>19</sup>.

O termo abuso, de maior tradição anglo-saxã, tem a virtude de expressar que a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes surge de uma situação de abuso de autoridade e poder de um adulto, que ultrapassaria as competências protetoras e cuidadoras que lhe são socialmente atribuídas com respeito àquele menor. Esta denominação ecoa, portanto, a noção arendtiana que diferencia poder e violência. Pois, o adulto, numa posição de superioridade de fato, tem o poder (e o dever) de proteger e/ou garantir os direitos daquela criança/adolescente. Mas, numa situação de abuso, o adulto se excede ou se afasta da sua responsabilidade geracional ao romper os elos e vínculos de confiança com ela ou fazer uso da força (FINKELHOR, 1983 apud DESLANDES; ASSIS, 2004).

No entanto, esta noção não inclui os casos em que o adulto deixa de exercer o seu papel de protetor e comete negligência ou abandono. O termo 'abuso', ainda, quando aplicado

---

<sup>19</sup> Em contrapartida, um fato universal seria que muitas culturas concordam que não devem permitir-se os maus-tratos e, nesse sentido, haveria unanimidade no tocante a práticas disciplinares muito duras e o abuso sexual (OPS, 2003).

como “abuso sexual”, leva à perversão conceitual de sugerir a possibilidade de dar-se alguma forma de *uso* sexual legítimo de crianças/adolescentes. Isto seria, por definição, um contra-senso e, ademais, denotaria mais uma perpetração da violência, ao insinuar a coisificação da criança/adolescente como um ser “útil”, que pode ser usado ou abusado.

Em face a estas considerações, no presente trabalho privilegia-se o emprego do termo “violência”. Ora, para manter de novo o diálogo com o conjunto da literatura sobre o tema, eventualmente usar-se-ão, como sinônimos, os termos abuso e maus-tratos. Revisam-se, a seguir, as principais definições dos subtipos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes contidas na Política Nacional de Redução da Violência (BRASIL, 2005):

- **abuso físico ou maus-tratos físicos** – uso da força física capaz de produzir uma injúria, ferida, dor ou incapacidade.
- **Abuso psicológico ou maus-tratos psicológicos** – agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social.
- **Abuso sexual** – ato ou jogo sexual que ocorre em relação hetero ou homossexual que visa estimular a vítima ou utilizá-la para poder obter excitação sexual e práticas eróticas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.
- **Negligência** – recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável no cuidado com a vítima.

A violência física na família contra crianças e adolescentes é uma prática profundamente enraizada na história, naturalizada na cultura e amplamente aceita na sociedade brasileira. Desde uma concepção adultocêntrica, pode ser considerada como uma prática educativa, disciplinadora ou punitiva. Assim, a utilização deste tipo de violência legitima-se pela “fabricação da obediência”, fazendo “parte do jogo de tornar a criança dócil para que o poder do adulto sobre ela se imponha” (FALEIROS, 1995 apud GOMES, ALMEIDA et al, 1999).

Na cabeça de muitos brasileiros, talvez até da maioria, os pais continuam tendo poder de vida e morte sobre os filhos; crêem que a melhor educação só se consegue com punição e humilhação; e persiste a idéia de que é necessária a violência física para conter a desobediência e a rebeldia dos jovens e das crianças (SANCHEZ; MINAYO, 2004: 30).

Sabe-se que este tipo de violência, no Brasil, é usualmente mais praticada por mulheres (especialmente a mãe) do que por homens; em virtude da divisão dos papéis familiares, que outorgam uma posição privilegiada (e quase exclusiva) às mulheres na procriação (ASSIS; DESLANDES, 2004). Entretanto, sabe-se que os homens, quando agredem, costumam fazê-lo com maior força, podendo provocar conseqüências mais graves para a saúde da criança ou do adolescente vitimizado (OPS, 2003). De acordo com Assis e Deslandes (2004: 52), o debate sobre o enfrentamento da violência física intrafamiliar contra crianças e adolescentes tem avançado no Brasil, *“notando-se uma tendência de responsabilização da família frente aos maus-tratos, em detrimento da mera culpabilização”*.

No tocante à negligência, a maioria dos casos levantados nos serviços diz respeito a situações limítrofes em que a violência vincula-se, de forma perversa, com a penúria. Assim, *“a reconhecida ausência de condições socioeconômicas de famílias em situação de pobreza e miséria dificulta um julgamento mais preciso entre a prática abusiva e a impossibilidade de prover os requisitos para seu crescimento e desenvolvimento”* (SANCHEZ; MINAYO, 2004: 35)<sup>20</sup>.

Então, se daria uma grande dificuldade para os profissionais discernirem quando se defrontam com situações resultantes de uma omissão ou resultantes de “dificuldades econômicas, emocionais ou outras do ambiente familiar”. *“Embates ideológicos se travam nos serviços de saúde, indicando que há muito a ser refletido sobre a atenção às famílias que praticam negligência”*. Desse modo, *“os preconceitos dos profissionais de saúde podem*

---

<sup>20</sup> Estes autores salientam que a negligência contra crianças e adolescentes também é um problema nas classes média e alta, onde *“a ausência real e moral dos pais em relação ao diálogo, ao afeto e à atenção aos filhos é muito freqüente, tendo fortes repercussões no comportamento infantil e juvenil”* (SANCHEZ; MINAYO, 2004: 35)

*dificultar e estigmatizar famílias sem recursos econômicos, sendo essencial que se façam discussões sobre os casos (...)* (ASSIS, 2004: 43).

Já o abuso sexual intrafamiliar é considerado um dos agravos de maior complexidade no tratamento, pois, além dos tabus da violência e do sexo, os profissionais dos serviços têm que lidar com o tabu do incesto<sup>21</sup> (e, eventualmente, com o da homossexualidade). A esse respeito uma das maiores dificuldades para tratar "famílias incestogênicas" é a de romper a forte "lei do silêncio" que se impõe entre os seus membros durante e após o desvelamento do agravo (ARAÚJO, 2002). Esta forma de violência é perpetrada majoritariamente por homens contra crianças e adolescentes do sexo feminino (ARAÚJO, 2002; GUIMARÃES et al., 2004; WERNER, 2006). Na definição de abuso sexual, entende-se que o aliciamento de uma criança/adolescente acontece por não ter esta necessariamente a capacidade emocional ou cognitiva para consentir ou julgar o que está acontecendo (GAUDERER; MORGADO, 1992 apud BRASIL, 2002a).

Por último, mas não menos importante, a violência psicológica é, dentre as diferentes formas de violência contra crianças e adolescentes, a que mais comumente aparece associada às outras. *"Nesse enfoque, o abuso psicológico deixa de ser problematizado e suas conseqüências são minoradas, pois ficam submetidas às conseqüências dos outros tipos de agravos"* (ASSIS, 2004: 41).

Deslandes e Assis (2004) assinalam que a maioria das teorias sobre a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes não conseguem dar conta da complexidade e diversidade do fenômeno. Citam a Slep e Heyman (2000 apud 2004) como pioneiros tanto em apontar a existência de uma sinergia entre as várias formas de maus-tratos, quanto em defender a necessidade de uma "teoria integrada" sobre a violência familiar. Para Deslandes e

---

<sup>21</sup> Incesto refere-se a relações sexuais entre dois membros da mesma família, cujo casamento seja proibido por lei ou costume (CRAMI-CAMPINAS, 2005).

Assis (2004), isso deveria refletir-se nas estratégias de atendimento nos serviços especializados.

Como a maioria dos serviços de atenção constata, a co-ocorrência das formas de violência é alta e, em geral, envolve vários membros da família. Contudo, os serviços normalmente definem um tipo de abuso prioritário, que mais afeta a integridade e os direitos da criança ou adolescente em questão, secundarizando outras formas. Com essa estratégia focal (necessária porém insuficiente), são perdidas oportunidades para a realização de trabalho integrado e mais atento à dinâmica familiar (DESLANDES; ASSIS: 2004: 29).

### **3.5 ATENDIMENTO A FAMÍLIAS COM DINÂMICA DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

No Brasil, em consonância com os avanços político-jurídicos ocorridos no campo dos direitos de crianças e adolescentes, foi nos anos 90 quando a comunidade acadêmica, no seu conjunto, realizou “o grande investimento” na temática da violência contra crianças e adolescentes. Esta foi a principal conclusão a que chegou uma revisão bibliográfica sobre o tema realizada por Assis e Constantino (2003). Na esteira de tal tendência, na década de 90 surgiu também um interesse crescente pela questão dos contextos familiares em que se desenvolve e perpetua a violência doméstica contra crianças e adolescentes. Percebe-se também como os campos disciplinares que inicialmente voltaram o seu olhar para a família coincidem justamente com os das profissões que lidam mais diretamente com as mesmas.

Assim, na primeira metade da década de 90, umas poucas dissertações de mestrado em enfermagem e serviço social enunciavam uma preocupação crescente em estabelecer estratégias para atender e interagir melhor com as famílias com casos de maus-tratos que chegavam aos serviços. No caso do serviço social, estas dissertações lançaram mão de

abordagens próprias da psicologia para debruçar-se sobre a questão (ASSIS; CONSTANTINO, 2003).

O primeiro *paper* científico publicado no Brasil com a perspectiva de envolver as famílias no atendimento de crianças vitimizadas foi o de Deslandes (1994), que expôs a filosofia da práxis dos Cramis de São Paulo. De acordo com a autora, o modelo de atuação desta entidade não-governamental baseava-se na necessidade de atuar não dicotomizando as famílias entre vítimas e abusadores, senão desenvolvendo atendimento integral que envolvesse tanto as crianças e os adolescentes abusados, quanto os agressores e os demais familiares. Esta abordagem encontra fundamento nas orientações de Olds (1990 *apud* DESLANDES, 1994: 185), para quem “*a família deve ser preservada e tratada como alvo de atenção, sendo a maioria o melhor ambiente para a criança, desde que devidamente atendida e apoiada*”. Desta forma, visaria-se respeitar o direito da criança à convivência familiar. Pois, salvo casos extremos, esta não deveria ser afastada do campo de relações primárias em que cresce e se desenvolve. A atuação dos Cramis, ademais, procuraria não criminalizar a família, optando, como alternativa, por uma ação educativa:

...a criminalização da família ou do agente agressor como princípio de atuação constitui-se em apenas um paliativo que, em contrapartida, pode ser um fator de desagregação familiar. A família que experimenta maus-tratos, contanto que devidamente atendida, continua a ser a principal referência afetiva para aquela criança ou adolescente. (DESLANDES, 1994: 185).

Deslandes (1994: 185) ainda levanta uma situação corrente após a detecção de casos: “*na grande maioria dos atendimentos, em todos os Cramis, a criança/adolescente vitimizada e o agente agressor permaneceram junto a sua família original após a atuação do serviço*”. A autora propôs a visita domiciliar como uma estratégia de atendimento eficaz que se adaptaria a esta realidade. Pois o acompanhamento do caso no próprio âmbito doméstico,

combinado com uma intervenção profunda nas relações intrafamiliares, permitiria bloquear o ciclo da violência.

O seguinte *paper* que mostrará uma experiência de atendimento aos casos de maus-tratos na infância partindo de uma abordagem familiar, é o artigo de Ferreira e colaboradores (1999), que apresenta a atuação do Ambulatório de Atendimento da Família, no Rio de Janeiro. Em geral, percebe-se uma alta concordância entre a filosofia de trabalho que norteia a atuação do AAF com as diretrizes dos Cramis de São Paulo apresentadas por Deslandes (1994). No AAF, por exemplo, defende-se que:

(...) a abordagem da dinâmica das relações familiares é essencial para interferir no processo de violência instalado contra a criança, uma vez que permite entender, de forma mais global as causas e as conseqüências do abuso. (...)

Essa abordagem, longe de significar o endosso ou a diminuição da responsabilidade do agressor, busca entender o ato violento como resultado de elementos associados à dinâmica das relações intra e extrafamiliares. Adotar esse princípio como referência significa que não se pode tratar de modo pontual a agressão identificada, por mais grave que ela seja; ao contrário, a violência contra a criança é vista como um sintoma e pedido de socorro que a família, como um todo, envia à sociedade. Assim, a equipe busca identificar e auxiliar outros membros que possam estar envolvidos numa relação difícil e conflituosa, contribuindo para a compreensão da dinâmica familiar. A criança identificada como vítima da violência é, portanto, o caso-índice a partir do qual são trabalhados os conflitos familiares (FERREIRA et al., 1999: 124-5).

Outro ponto de concordância destacável entre o atendimento efetuado nos Cramis (DESLANDES, 1994) e no AAF é a questão da dicotomização das famílias. Ferreira e colaboradores (1999) assinalam a prudência metodológica de não classificar, de entrada, os membros da família entre bons (os que chegavam ao serviço trazendo a criança e fazendo a denúncia) e maus (os assinalados como autores do abuso). Pois isso contribuiria para perpetuar a dinâmica violenta das relações familiares, uma vez que os papéis de bom e mau se alternam para sustentar a violência (DI BLASIO, 1991 apud FERREIRA et al. 1999). Nesses casos, a equipe do AAF procura lidar com extrema habilidade com o familiar que se apresenta

como elemento protetor, “*sem tratá-lo como o único veículo de mudança e reversão do processo que produz a violência*” (1999: 126). As autoras ainda informam que a tática desenvolvida no AAF para tentar superar esse problema consiste em procurar trazer outros familiares ao atendimento.

Por outro lado, vale assinalar que, nos anos 90, houve escasso investimento em explorar a perspectiva de atendimento à família desde o campo próprio das ciências do comportamento. Assis e Constantino (2003) apontaram apenas três trabalhos na década, nos quais a família que maltratava aparecia como “o foco principal para a vitimização”. Subentende-se aqui que esses autores traziam uma reflexão que considerava a todo o grupo familiar como vitimado pela experiência de violência, e não simplesmente a criança/adolescente que sofreu o agravo. Além disso, Assis e Constantino (2003: 175) perceberam também nesses textos uma “tendência de responsabilização da família, em detrimento da culpabilização”.

Todavia, nos primeiros anos do século XXI, nota-se um aumento destacável dos trabalhos em psicologia que se debruçam sobre esta questão, adotando-se a premissa da necessidade de ampliar o atendimento psicoterápico para o grupo familiar como um todo. Observa-se, em geral, nestas publicações mais recentes, um amplo consenso com respeito à opção de incluir também o agressor/abusador como alvo de intervenção. Ademais, dentre as diversas modalidades de violência, o abuso sexual parece ser o carro-chefe que mais vem mobilizando a comunidade psicoterápica.

Tem sido possível mapear cinco textos que propõem diversas abordagens terapêuticas como formas de intervenção eficazes para a quebra dos ciclos incestogênicos. Araújo (2002) advoga por uma abordagem psicossocial<sup>22</sup> e de gênero. Por sua vez, Guimarães e

---

<sup>22</sup> Não deve confundir-se “atendimento psicossocial” com “tratamento com abordagem psicossocial”. O primeiro refere-se ao atendimento genérico efetuado por psicólogos e assistentes sociais. O segundo é uma abordagem psicoterápica inspirada na psicologia social e que, segundo Araújo (2002), leva em conta os fatores interacionais, sociais, econômicos e culturais que perpassam as famílias atendidas.

colaboradores (2004) decantam-se pela psicoanálise, Vecina (2005) pelo psicodrama e Werner (2006) e o Crami-Campinas (2005) pela terapia familiar sistêmica.

Araújo (2002) relatou a experiência do Projeto Violência de Gênero. Trata-se de uma pesquisa-intervenção desenvolvida no Centro de Pesquisa e Psicologia Aplicada (CPPA) da Universidade Estadual Paulista, no município de Assis (UNESP/Assis). Este projeto é voltado para o atendimento da violência familiar e conjugal, adotando uma abordagem psicossocial e uma perspectiva de gênero. São realizados atendimentos às famílias (mediante terapia de grupo familiar) e supervisão do trabalho realizado por psicólogos vinculados à rede municipal que atuam em Unidades Básicas de Saúde recebendo famílias que sofreram violência e abuso sexual.

O encaminhamento dessas famílias, tanto para o Projeto na Universidade quanto para a rede de saúde, é feito pelo Conselho Tutelar e pelo Poder Judiciário, com solicitação de atendimento psicológico. Os casos podem ser tanto de denúncias confirmadas como suspeitas, o que irá condicionar e tornar mais complexa a situação de atendimento. A autora defende a opção pelo atendimento do grupo familiar como um todo, mas a terapia ofertada visa envolver principalmente o agressor, por conta da indicação judicial (ARAÚJO, 2002).

O outro texto encontrado sobre um serviço que atende a famílias com crianças/adolescentes abusadas sexualmente é o de Werner (2006). Este artigo informa sobre o funcionamento do *Ambulatório de Terapia Familiar e Sexualidade* do Grupo Transdisciplinar de Estudos em Álcool e outras Drogas (GEAL) da Universidade Federal Fluminense (UFF). A clientela aqui atendida vem encaminhada por ambulatórios, Conselhos Tutelares e Juizados e Promotorias da Infância e Juventude da região de Niteroi (RJ).

Apesar da diversidade de opções teórico-metodológicas, de acordo com Deslandes e Assis (2004: 191), hoje em dia, “*existe uma quase total hegemonia da visão sistêmica entre os terapeutas familiares*”. A abordagem sistêmica objetiva “*um incentivo na convivência*

*familiar prevenindo ou tratando a sua desagregação”* (2004: 197). Para tanto, o terapeuta que segue esta linha deve prestar atenção em como um comportamento que se sustenta pode ser suprimido e substituído por outro mais funcional. Ainda tem a missão de redefinir a situação “para que surja algo diferente na dinâmica dos relacionamentos”. Pois, acredita-se que “*mudando a posição dos membros, mudam também as experiências subjetivas e eles podem encontrar uma maneira mais saudável de se relacionar”* (p. 197). Para a equipe do Crami-Campinas ([2002] 2005: 44):

É fundamental a mudança de paradigma da abordagem tradicional e individualista, que privilegia os processos internos e analisa o indivíduo sem levar em conta o mundo externo e suas relações, para uma abordagem sistêmica que vê no indivíduo um todo complexo que se relaciona com o mundo e consigo mesmo, de forma dinâmica, que não pode ser compreendido e trabalhado fora deste contexto, fora deste sistema onde todas as relações estão interligadas.

Contudo, Deslandes e Assis (2004: 193) reconhecem que a terapia familiar não poderia ter nascido sem a revolução introduzida pela psicanálise de Freud, que ensejou diversas experiências de trabalho com o grupo familiar. No texto de Guimarães e colaboradores (2004: 86) são fornecidas orientações de como realizar um trabalho de terapia familiar desde uma abordagem psicanalítica. Para estes autores, é preciso “*produzir um trabalho reflexivo com a família, de tal forma que os sujeitos sejam convocados a fazer do pensamento e da palavra um auxílio para a mediação de suas relações e conflitos”*.

Sobre o psicodrama, Deslandes e Assis (2004: 198) informam que tal abordagem já foi reinterpretada segundo as óticas psicanalítica e sistêmica, sendo utilizada com propósitos de terapia familiar. Exemplo disso é o artigo de Vecina (2005), que expõe com brilhantismo as contribuições do psico-drama ao tratamento da violência intrafamiliar, e cuja análise das relações familiares é perpassada por um inegável olhar sistêmico.

Segundo esta autora, nas situações onde se desencadeiam episódios de violência, *“estruturam-se relações familiares disfuncionais, (...) invasivas e/ou sem limites claros, onde climas violentos são compartilhados através da co-participação de cada um dos membros da família na construção da cena violenta”* (VECINA, 2005: 168). Cria-se então um sistema dinâmico e duradouro, no qual se desenvolvem os papéis de vítima, vitimizador e não-protetor. A estratégia que propõe para interromper o ciclo da violência é o de procurar desconstruir esses papéis patológicos, questionando junto aos atores desse drama as conservas culturais que embasam tais ações, e levando-os a re-criarem seus papéis originais de pais/responsáveis e filhos (2005: 176). Assim, o psicodrama almeja ser uma *“experiência emocional corretiva”*, propiciando o empoderamento dos pacientes: *“que se tornem protagonistas de sua própria cura, dando-lhes confiança, segurança e armas para se questionarem nos diferentes papéis, para continuar e planejar sua vida”* (2005: 175).

Todas estas linhas terapêuticas referem-se a um dos tipos de intervenção que ocupa uma posição central no atendimento a famílias com dinâmica de violência contra crianças e adolescentes. Trata-se do atendimento psicoterápico familiar. Mas, os serviços que atendem a estas famílias lançam mão também de outras possibilidades de atuação. De acordo com a pesquisa de Deslandes e Assis (2004: 73-75), nos serviços de referência alocados em organizações governamentais os tipos de intervenção mais utilizados foram:

- Entrevistas individuais com vítimas e familiares.
- Atendimento psicoterápico individual (às vítimas e aos agressores).
- Atendimento psicoterápico à família.
- Visita domiciliar.
- Grupos de Crianças e adolescentes.
- Grupos de pais e grupos de auto-ajuda.
- Oficinas de Prevenção.

A **entrevista individual** realiza-se tanto com as vítimas, quanto com seus familiares. É uma técnica que permite colher informações para estabelecer um diagnóstico do caso. Serve para conhecer o perfil socioeducativo da crianças/adolescente, avaliar a sua situação na família e a condição socioeconômica desta. Permite também começar a construir o vínculo terapêutico (DESLANDES; ASSIS, 2004: 75).

O **atendimento psicoterápico individual**, quando destinado à criança/adolescente visa reduzir seqüelas psicológicas e superar os traumas propiciados pela violência, incentivando a adoção de uma atitude resiliente. Pois *“é preciso lidar com os danos deixados pelo abuso, tais como distúrbios no relacionamento (...), auto-imagem rebaixada, problemas escolares, depressão, tentativas de suicídio, doenças psicossomáticas ou psiquiátricas”* (CRAMI-CAMPINAS, 2005: 45). Segundo Deslandes e Assis (2004: 74), a maioria das instituições utiliza recursos lúdicos para tal fim.

São poucos os serviços que até agora se dispuseram a realizar atendimento psicoterápico ao agressor. Nos casos de abuso sexual, a bibliografia assinala que, quando a terapia é imposta por ordem judicial, se dá um diferencial, sendo necessário que o terapeuta negocie de antemão com o agressor a sua adesão ao tratamento (ARAÚJO, 2002; CRAMI-CAMPINAS, 2005).

O **atendimento psicoterápico à família**, como já se viu, visa principalmente interromper o ciclo do abuso e a reconstruir o padrão de relacionamento familiar (CRAMI-CAMPINAS, 2005: 45). Para tanto, procura escutar e dar voz às famílias, melhorar a comunicação intrafamiliar, compreender e mudar os padrões de interações dos seus membros e colocar limites entre as fronteiras e os papéis entre as gerações (DESLANDES; ASSIS, 2004: 75).

A **visita domiciliar** é uma forma de intervenção que permite conhecer e atuar mais diretamente no cotidiano das famílias, podendo prover uma intervenção mais sistêmica (DESLANDES; ASSIS, 2004: 131). Esta técnica também se constitui num importante aliado para o envolvimento da família, permitindo ampliar o vínculo com outros familiares que usualmente não freqüentam os centros de referência (2004: 164). A visita domiciliar *“possibilita ainda um contato com outras famílias da comunidade, configurando uma atuação preventiva e promotora de integração, diminuindo o isolamento das mais vulneráveis”*<sup>23</sup> (p. 164). De acordo com a OPS (2003), em alguns países têm-se desenvolvido verdadeiros programas de visita familiar que visam o provimento de recursos comunitários e de formação às famílias nos seus lares. Assim, as famílias assessoradas a domicílio são encaminhadas para creches, serviços de educação, saúde e esporte. Também recebem técnicas de resolução pacífica de conflitos e outras destinadas a melhorar o funcionamento da família.

No Brasil, a visita domiciliar e comunitária é ainda incipiente (DESLANDES; ASSIS; SANTOS, 2005). Entretanto, este tipo de intervenção já vinha sendo usado pelos Cramis de São Paulo, na década de 90, para o acompanhamento de casos confirmados de maus-tratos (DESLANDES, 1994). Outros trabalhos também informaram o emprego da visita domiciliar para entrar em contato com famílias com casos suspeitos de maus-tratos notificados por terceiros (GONÇALVES et al.,1999; CRAMI-CAMPINAS, 2005). Ora, Deslandes e Assis (2004: 164) afirmam, conforme os dados levantados na sua pesquisa, que *“este recurso, para os serviços visitados, tem cumprido mais o papel de verificação de informações para se traçar um diagnóstico psicossocial e para chamar de volta as famílias que abandonam os serviços”*. Já em outro texto, estas autoras (e mais um terceiro) diagnosticam que *“muitas vezes, essas visitas são mais um artifício para coleta e troca de*

---

<sup>23</sup> Sabe-se que, em geral, famílias com cotidiano violento encontram-se socialmente mais isoladas do que as que não apresentam esse padrão de comportamento (GELLES, 1983 apud DESLANDES; ASSIS, 2004). Em consequência, resulta estratégico desenvolver ações que visem “a inserção da família em uma rede de solidariedade para que possa, pela socialização de seus problemas, buscar formas de superação” (2004: 32).

*informações do que um programa efetivamente voltado para mudança de hábitos e comportamentos familiares” (DESLANDES; ASSIS; SANTOS, 2005: 60).*

Os **grupos de crianças/adolescentes** estão destinados a oportunizar vivências positivas. Resgatam a espontaneidade, liberam o potencial criativo e proporcionam a convivência com pares que passaram por situações semelhantes. Busca-se, coletivamente re-elaborar a experiência traumática, responsabilizando o adulto pelo abuso, e evitando a introjeção da culpa na criança vitimizada. Usam-se, nessa intervenção, dramatizações de cenas trazidas pelo grupo, teatro de fantoche, pintura e sala de brinquedos (DESLANDES; ASSIS, 2004: 75).

Os **grupos de pais** são intervenções muito usadas nos serviços de referência no Brasil (DESLANDES; ASSIS, 2004). Estão formados principalmente por familiares adultos de crianças e adolescentes que já foram vitimizadas e têm um formato socioeducativo e terapêutico. Segundo estas autoras, os grupos de pais visam (2004: 75):

- oportunizar a reflexão sobre o cotidiano, procurando alternativas para as dificuldades encontradas;
- possibilitar a essas famílias o exercício de construção de soluções para seus problemas relacionais, com a utilização de seus próprios recursos, elevando assim a sua auto-estima;
- mobilizar as famílias para o desenvolvimento de seu papel de educadoras/cuidadoras de filhos;
- Clarificar o papel dos pais, instrumentalizá-los para colocar limites com afetividade e orientá-los para as diferentes etapas do desenvolvimento infantil.

Os grupos de pais têm como dinâmica comum o aquecimento/entrosamento do grupo por meio de jogos ou atividades, a escolha conjunta do tema a ser trabalhado e o

compartilhamento de vivências. Na prática, a participação é quase exclusiva das mães (DESLANDES, ASSIS, 2004: 75). Nas sessões do grupo são discutidos temas como sexualidade, drogas, cuidado e educação dos filhos, violência etc (2004: 77). Entretanto, na maioria dos serviços visitados por Deslandes e Assis (2004: 164), o potencial do trabalho terapêutico ou socioeducativo nos grupos de pais foi apenas timidamente explorado.

Os **grupos de auto-ajuda** são atividades regulares e periódicas dirigidas às famílias em situação de vulnerabilidade social. Neles são realizadas atividades sócio-educativas e “os próprios pais, devidamente acompanhados, são os protagonistas do atendimento” (DESLANDES; ASSIS, 2004: 141). As autoras informam que, no Brasil, algumas iniciativas de grupos de auto-ajuda estão começando a surgir, a exemplo das “escolas de pais”, criadas em organizações não-governamentais e governamentais. Contudo, nos serviços por elas pesquisados, concluem que há pouca experiência na inclusão deste modelo (2004: 141), sofrendo problemas de adesão (p. 81). A diferença dos grupos de pais, os grupos de auto-ajuda não precisam de um terapeuta, mas de um técnico mediador ou facilitador que dinamize e coordene os encontros e que pode compartilhar também com o grupo as suas próprias experiências e dificuldades subjetivas na vida cotidiana (MENEGUEL et al., 2000).

As **oficinas de prevenção**, apesar de serem estratégias prioritárias para a maioria dos serviços de referência pesquisados por Deslandes e Assis (2004: 75), estas não foram analisadas naquele texto, nem mencionadas em qualquer outro dos levantados no presente projeto de pesquisa. Apenas Meneguel e colaboradores (2000) testemunham num artigo a realização de oficinas de promoção de saúde mental para famílias em situação de risco social (não apenas com dinâmica de violência contra crianças e adolescentes), em Porto Alegre. Essa experiência, na realidade, baseou-se em um desenho misto entre um grupo de pais e um grupo de auto-ajuda.

Ponderando o emprego que os serviços de referência fazem desta ampla variedade de intervenções, Deslandes e Assis (2004: 160) lamentam que em boa parte dos serviços as famílias não são incluídas no conjunto das atividades de uma forma mais sistemática e contínua. E chamam a atenção para a dificuldade concreta de prover atendimento terapêutico individual, mesmo havendo grande demanda por tal serviço.

A consecução da reabilitação e a reinserção das vítimas e das famílias, nas suas próprias tramas e nos seus entornos comunitários, bem como a prevenção da reincidência demandam do emprego combinado de, pelo menos, várias destas formas de atuação. Usadas isoladamente, estas intervenções tendem a produzir efeitos pobres, parciais. Aplicadas simultaneamente buscam produzir efeitos sinérgicos. Bastos e Alcântara (2004: 90) lembram que “qualquer forma de intervenção efetiva terá que focalizar o nível individual em conjunto com o familiar”. Por sua vez, Deslandes e Assis (2004: 33) sustentam a hipótese que a ação dos serviços “poderá ser mais eficiente se for mais ampliada”.

Por último, basta lembrar que, de acordo com Deslandes e Assis (2004), a filosofia subjacente a toda esta ampla variedade de práticas de intervenção é a que tem se chamado de “promoção de ambientes familiares saudáveis”. Tal linha de pensamento/ação tem uma clara inspiração nos pressupostos da promoção da saúde, ao propor o empoderamento do grupo familiar como sujeito coletivo que tem um papel ativo na consecução das transformações internas almejadas. Em “*considerar a família o eixo central da atenção (...) não é um paradigma inteiramente novo*” (2004: 30), as autoras percebem uma mudança significativa na apreciação do que se espera daquele grupo familiar. Assim, nos anos 80 o foco da intervenção estava mais centrado na responsabilização familiar. Ora, “*recentemente, a família vem obtendo papel mais destacado, discutindo-se não apenas sua responsabilização sobre a forma do cuidado oferecido à sua prole, mas principalmente sob o prisma do estímulo ao seu potencial como cuidadora*” (p. 30).

## 4 HIPÓTESES E MODELO TEÓRICO-INTERPRETATIVO

### 4.1 HIPÓTESES INICIAIS

Para dar conta do objeto de estudo proposto nesta pesquisa, foram conjecturadas três possíveis interpretações, não excludentes entre si, que serão chamadas hipóteses interpretativas iniciais. Visando fortalecer teoricamente tais pressupostos, foram procurados na literatura sobre o tema argumentos convergentes que apontassem na mesma direção.

Uma primeira interpretação leva a considerar o impacto organizacional que a violência social no Recife poderia estar provocando no funcionamento e no atendimento dos serviços de referência para crianças e adolescentes vítimas de violência e suas famílias. Levando em consideração que Recife e os seus municípios periféricos vêm registrando, nos últimos anos, elevados índices de agressões, homicídios e mortes por causas externas (LIMA et al., 2002). A esse respeito, parece pertinente trazer à tona, aqui, uma citação de Minayo sobre o impacto da violência no funcionamento dos serviços de saúde.

Não se pode omitir, também, um efeito por vezes difuso, por vezes direto, que a violência provoca sobre a estrutura e o funcionamento dos serviços de saúde, sobretudo quando os conflitos por eles atendidos afetam os profissionais, pelo amedrontamento, pelas ameaças, pelos danos físicos e/ou psicológicos. Tais situações são hoje freqüentes nos hospitais de emergência, nos serviços de emergência dos hospitais gerais e, até, nos centros de saúde (MINAYO, 1994: 13).

É claro que a violência doméstica contra crianças e adolescentes não é a mesma que a violência responsável pelos elevados índices de homicídios e delinqüência. Mas também não há como negar as múltiplas conexões que podem estabelecer-se entre estas formas de violência (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, especula-se o fato de que viver numa “cidade violenta”, como é reconhecidamente o caso do Recife e sua metrópole, pode levar os profissionais da saúde que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar a ter uma maior apreensão em lidar com os familiares das mesmas, especialmente com os autores da violência.

Ou seja, nesta primeira hipótese interpretativa, suspeita-se que *naqueles serviços de referência, a vivência de insegurança dos profissionais, gerada pela violência social, aumenta a percepção de periculosidade para com o (a) autor (a) da violência intrafamiliar, uma vez que este passa a ser identificado como “agressivo (a)” e “violento (a), produzindo-se assim uma recusa do atendimento ao grupo familiar”*. Aqui é considerado o fato que, numa abordagem assistencial que integra a família, aumentam as chances do profissional entrar em contato (e ter que lidar) com o autor da violência.

Uma segunda interpretação do problema em pauta leva a pensar nas limitações da preparação que estes profissionais receberam (capacitações, especializações) para o atendimento de casos de violência intrafamiliar. A hipótese é que *a capacitação adequada dos profissionais é um fator determinante para a adoção de práticas de atendimento integral às famílias, ao poder instrumentalizá-los técnica, teórica e metodologicamente e oportunizar, potencialmente, uma reflexão crítica sobre o fenômeno da violência intrafamiliar e do seu posicionamento, como sujeitos, perante o mesmo*. Em decorrência disso, os profissionais que não receberam uma formação adequada seriam, teoricamente, os menos predispostos a realizarem aquele tipo de atendimento. Esta hipótese ganha respaldo com algumas considerações feitas por diversos autores. Para Deslandes e Assis (2004: 165), por exemplo:

...o profissional é a alma desse atendimento. Portanto, a capacitação que recebe, os espaços que são oferecidos para o seu amadurecimento e o suporte que lhe é dispensado são pontos vitais para o modelo de atendimento que será oferecido.

Estas autoras assinalam, ainda, que alguns profissionais que atendem famílias com dinâmica de violência enfrentam resistências morais e inseguranças. E citam uma pesquisa internacional que alerta para a importância do treinamento/capacitação em ajudar o profissional a trabalhar os próprios valores e opiniões (YOSHIHAMA; MILLS, 2003 apud 2004: 156).

Para Vecina (2005) muitos dos profissionais que trabalham com casos de violência intrafamiliar têm grande dificuldade de compreensão de como ocorre a dinâmica desse tipo de violência, desenvolvendo “*resistências, preconceitos e tabus que interferem na realização de intervenções eficazes no sentido de quebra deste ciclo*” (2005: 161). Um desses empecilhos, por exemplo, é o “pacto do silêncio” que envolve os casos de violência intrafamiliar (especialmente o abuso sexual) e que costuma a se impor nos lares com dinâmica de violência (ARAUJO, 2002). Este “pacto” pode levar ao boicote das tentativas de intervenção dos profissionais, o que pode atrapalhar, especialmente, àqueles profissionais mais inexperientes e menos preparados para lidar com este tipo de casos.

Note-se que nesta segunda hipótese, tal e como está formulada, a relação de determinação entre a formação/capacitação dos profissionais sobre as suas práticas de atendimento é explicada por um processo duplo e simultâneo. Primeiramente, presume-se que *nas capacitações destinadas àqueles profissionais, é fornecido algum tipo de abordagem técnico-metodológica para intervir sobre a violência intrafamiliar* (considere-se que, de acordo com a literatura, as abordagens que priorizam o empoderamento familiar sejam as mais adequadas). Em segundo lugar, supõe-se que *a capacitação dos profissionais, ao fornecer também instrumental teórico e conceitual para a compreensão do fenômeno da violência intrafamiliar, influi diretamente nas suas representações sobre o mesmo, as quais, por sua vez, também influiriam na adoção de práticas integrais.*

Um pressuposto semelhante é defendido em outra pesquisa (CAVALCANTI; GOMES; MINAYO, 2006) que abordou representações sociais sobre violência sexual entre profissionais de saúde que atendem em duas maternidades de referência para este tipo de casos no Rio de Janeiro. Naquele estudo, a hipótese era que:

...as representações dos profissionais de saúde (...) estão condicionadas pelo processo de capacitação e pela experiência no atendimento, sendo capazes de conferir maior visibilidade ao problema e permitir a implantação de estratégias mais amplas de prevenção da violência sexual (CAVALCANTI et al., 2006: 32).

Finalmente, a terceira hipótese interpretativa que aqui será considerada é a seguinte: *as representações sociais dos profissionais sobre os grupos familiares atendidos e sobre o que consideram ser o ideal de família interfere na adoção de um atendimento integral às famílias.* A literatura consultada trouxe substanciosos indícios que nos levaram a pensar que essa fosse uma realidade também presente nos serviços do Recife.

A categorização de famílias como capazes ou incapazes, sãs ou doentes, normais ou anormais se encontra fortemente arraigada tanto no senso comum como nas respostas dos políticos e dos técnicos responsáveis pela formulação de políticas sociais e organização dos serviços [*de orientação e apoio sociofamiliar*] (MIOTO, 2004: 51).

Segundo Deslandes e Assis (2004), hoje em dia, encontra-se fortemente enraizado no imaginário social tanto o modelo idealizado de família nuclear (2004: 17), quanto um “leque de expectativas” positivas geradas a partir do discurso contemporâneo sobre a família<sup>24</sup> (p. 19). Já entre os profissionais que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência, as suas visões sobre a família...

---

<sup>24</sup> No conceito “família”, desenvolvido no capítulo pertinente da Revisão Teórica e Conceitual, discorreu-se amplamente sobre o modelo de família nuclear e o discurso contemporâneo sobre a família.

repercutem diretamente no dia-a-dia da atuação dos serviços que têm a família como público-alvo. As muitas definições e classificações sobre a família podem repercutir também na adoção de abordagens mais inclusivas ou mais seletivas e no tipo de suporte que se provê. A concepção que se adote de família orienta os agentes a ver um horizonte, seja acreditando em suas potencialidades, seja observando-as como desorganizadas e incapazes de gerir o seu futuro (DESLANDES; ASSIS, 2004: 15).

[*Os profissionais...*] no dia-a-dia, fazem análises ideológicas acerca das famílias que atendem, embasados nas representações que possuem sobre elas e sobre a própria vivência profissional (DESLANDES; ASSIS, 2004: 110).

Ademais, entre os profissionais que atuam com famílias (não exclusivamente na saúde), a dicotomização entre famílias regulares e famílias irregulares é “*responsável em larga medida pelos preconceitos que produzem a evasão escolar, a displicência e o descaso no atendimento médico e a truculência policial em relação às classes populares*” [o grifo é nosso] (NEDER, 1994: 44 apud DESLANDES; ASSIS, 2004: 17).

Cabe salientar que as representações sociais, ora sob atenção, não se apresentam de forma isolada. Pelo contrário, estão intimamente imbrincadas entre si. De forma semelhante, as três hipóteses também se entrelaçam, formando um modelo teórico-interpretativo. Note-se, por exemplo, como a terceira hipótese relaciona-se com a segunda, uma vez que, idealmente, capacitações eficazes sobre assistência a famílias com dinâmica de violência doméstica deveriam incidir também nos preconceitos sociais contra formações familiares não hegemônicas. Se este é um pressuposto que talvez não esteja acontecendo na realidade, a presente pesquisa inspirou-se na convicção de que, talvez, no futuro, seja um fator que deveria ser levado em consideração naquelas capacitações.

Concluindo, as representações sociais dos profissionais (sobre a violência intrafamiliar, as próprias famílias atendidas e os autores desse tipo de violência) destacaram-se como fatores-chave no modelo teórico-interpretativo adotado no presente trabalho. Este modelo

ganha impulso com a intuição de que o “nebuloso mundo” da interação cotidiana e da alteridade que se estabelece entre profissionais, vítimas e familiares pode ajudar a compreender o quadro diferencial de atendimento levantado nos serviços de referência do Recife.

Sem dúvida, diversas são as causas que podem e devem ser invocadas para tratar de explicar o deficitário quadro assistencial local (política gerencial, condições de trabalho, falta de recursos etc.). E estas não foram ignoradas nesta pesquisa. Mas o que se quis explorar com veemência aqui foi a importância do modo como o profissional enxerga e expressa a realidade. Este é um ponto de partida importante para uma ação crítica e transformadora do seu cotidiano e da sua práxis de trabalho.

## **4.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O MODELO TEÓRICO-INTERPRETATIVO PROPOSTO**

Refletindo mais profundamente sobre as críticas de Alves e Rabelo (1998) ao modelo determinista das representações sobre as práticas (ver capítulo teórico: Representações Sociais), tecem-se a seguir algumas considerações sobre a estrutura das hipóteses e do modelo teórico-interpretativo defendido neste trabalho.

Em primeiro lugar, no modelo proposto, as representações sociais dos profissionais sobre as famílias e a violência intrafamiliar são variáveis intermediárias entre, por um lado, o grau de formação e experiência do profissional e, pelo outro, as práticas adotadas. A formação e a experiência, portanto, são consideradas variáveis determinantes. Em consequência, a qualidade/quantidade das capacitações por eles recebidas é o que será especialmente decisivo para a adoção de práticas de atendimento inclusivas do grupo familiar.

Em segundo lugar, considera-se que esta relação entre formação e atendimento não é um *a priori* da pesquisa, um pressuposto implícito, senão mais uma hipótese que deverá ser testada/contrastada para avaliar o seu potencial para dar um sentido aos dados. De igual modo, será testada também a relevância das hipotéticas relações de interferência entre as representações sociais dos profissionais (sobre as famílias atendidas e a periculosidade dos agressores) e as práticas de atendimento.

Em terceiro lugar, concorda-se com Alves e Rabelo (1998) em que as representações são sistemas abertos e continuamente refeitos. Em consequência, acredita-se, sim, na possibilidade de mudança destas representações. E, precisamente, esta crença justifica, em última instância, a proposição deste trabalho. Pois, a mudança abre a possibilidade de intervir posteriormente dialogando e discutindo junto com profissionais sobre a sua clientela e a melhor forma de atendê-la.

Por serem ao mesmo tempo ilusórias, contraditórias e “verdadeiras”, as representações podem ser consideradas matéria-prima para a análise do social e também para a ação pedagógica-política de transformação, pois retratam a realidade (MINAYO, 2004: 174).

Acredita-se, então, na possibilidade de transformação da cultura do atendimento, por mais profunda que esta seja, a partir do trabalho sobre as atitudes e valores dos profissionais. Lembre-se que “o profissional é a alma do atendimento” (DESLANDES; ASSIS, 2004: 165).

A despeito da pertinência das críticas de Alves e Rabelo (1998) ao determinismo das representações sobre as práticas, não há como negar que ambas as categorias encontram-se profundamente imbrincadas. Mas, em vez de desconstruir (e destruir) esses conceitos, como aqueles autores fazem, uma alternativa pode ser reformular o modelo de relacionamento entre os mesmos. Nesse sentido, propõe-se aqui substituir a noção cartesiana de verticalidade no determinismo das representações sobre as práticas (**figura 1**) por outra que esboce um desenho de circularidade (**figura 2**). Assim, teoricamente, reconhece-se que as práticas

também podem influir na produção de certas representações. A compreensão desta relação de circularidade é encontrada de forma inédita na definição de Representações Sociais de Vergès, para quem:

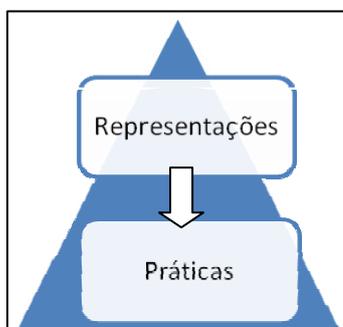
**...as representações sociais** são fundamentalmente uma forma de conhecimento constituída de saberes, crenças, idéias mais ou menos estruturadas que **informam os comportamentos**, organizam os discursos e, **inversamente, são remodeladas por essas mesmas práticas** [*grifo nosso*] (VERGÈS, 1997: 18 apud DESLANDES, 2002: 41).

Para tanto, na presente pesquisa propõe-se explorar também, nas experiências dos entrevistados, casos que sinalizem eventuais mudanças de representações a partir da adoção de novas práticas de atendimento.

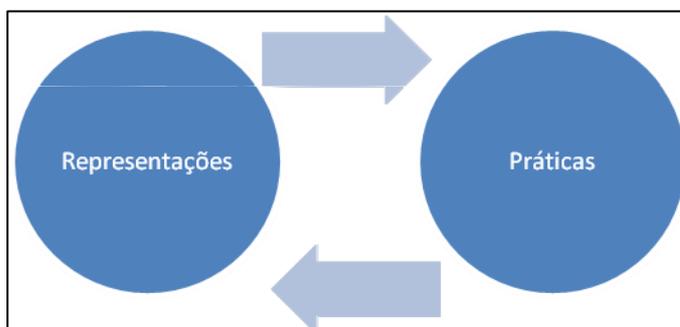
Embora conformem sistemas circulares identificáveis e recortáveis, é preciso reparar que as representações/práticas não aparecem isoladas do entorno sócio-cultural em que se re/produzem, senão que são permeadas por ele, em toda a sua complexidade. É nesse sentido que conformam um sistema aberto. Um sistema aberto, sim, às vicissitudes da vida e à sua irreduzível complexidade e diversidade. Pois, *“a marcha do real é sempre mais verdadeira e profunda de que nossa capacidade de apreendê-lo”* (MINAYO, 2004b: 155).

---

**FIGURA 1:** Modelo vertical Representações/ práticas

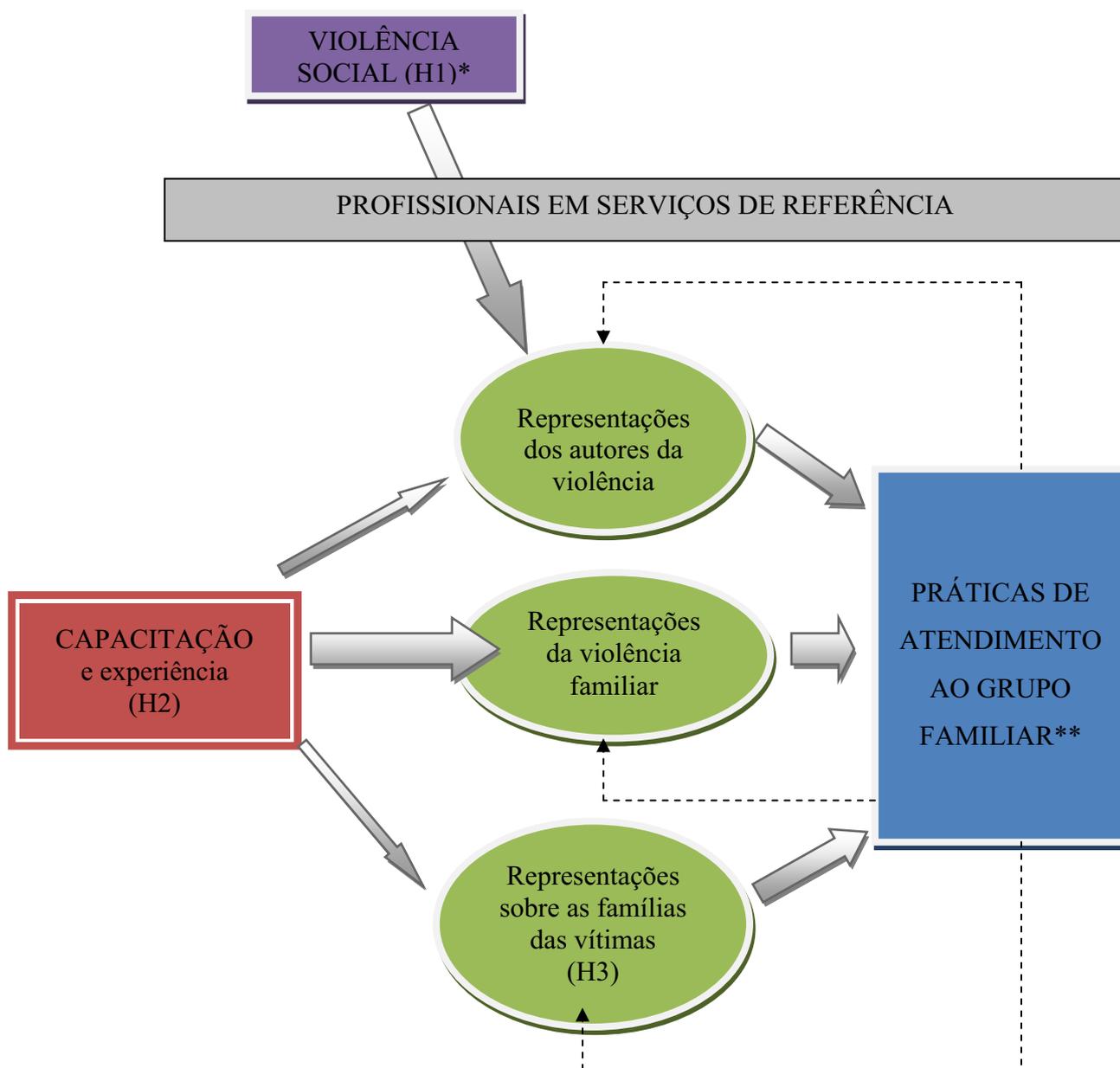


**FIGURA 2:** Modelo circular Representações/ práticas



**FIGURA 3\*\*\***

Modelo teórico-interpretativo inicial



\* H1 significa Hipótese 1; H2, Hipótese 2 etc.

\*\* as linhas descontínuas representam a retro-alimentação do modelo, que vai das práticas para as representações, esboçando o movimento circular ora discutido.

\*\*\* Elaboração própria

## **5 OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar a relação entre as representações sociais de profissionais que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência (sobre a violência intrafamiliar, as famílias das vítimas e os autores dessa violência) e as práticas de atendimento por eles efetivamente adotadas em um serviço de referência da rede pública de saúde do Recife.

### **5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar as práticas de atendimento (assistência, prevenção e promoção) adotadas pelos profissionais que trabalham nos serviços de referência para crianças e adolescentes vítimas de violência.
- Caracterizar o perfil de capacitação e experiência dos profissionais que atendem a crianças e adolescentes e/ou às suas famílias nos serviços de referência.
- Analisar entre os profissionais que realizam práticas de atendimento nesses serviços, as suas representações sociais acerca da violência intrafamiliar, das famílias atendidas, e dos autores dessa violência.

## 6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### 6.1 A ESCOLHA METODOLÓGICA

Com relação à eleição do método norteador desta pesquisa, considerou-se que a abordagem qualitativa é a que daria melhor conta do objeto de estudo selecionado. A pesquisa qualitativa é adequada para se trabalhar “com a percepção do vivido, com os significados das motivações, atitudes e valores” (MINAYO, 2004b: 133). Ademais, “torna-se importante [*entre outras coisas*] para compreender as representações de determinado grupo sobre temas específicos” e “as relações que se dão entre atores sociais no âmbito das instituições” (2004b: 134). As representações sociais, ao serem fruto da experiência intersubjetiva cotidianamente sedimentada e da reflexividade, coletivamente compartilhada, encontram-se em especial posição para serem analisadas em profundidade, e não em sua mera extensão. “Vale reforçar que a mediação privilegiada para a compreensão das representações sociais é a linguagem”. (MINAYO, 2004b: 174).

Cita-se a seguir um trecho da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2005: 38), que vai de encontro da adoção de abordagens compreensivas para os estudos sobre violência e saúde. Concretamente, na última diretriz da Política (a sexta), chamada *Apoio ao desenvolvimento de Estudos e Pesquisas*, explicita-se que, além dos estudos epidemiológicos “... *as pesquisas deverão integrar estudos de cunho socioantropológico, essenciais para a identificação dos valores, hábitos e crenças que perpassam as relações interpessoais e interinstitucionais e de outras áreas afins ao tema*”.

O desenho de pesquisa correspondeu-se com o estudo de caso. De acordo com diversos autores, os estudos de caso qualitativos caracterizam-se por “uma descrição holística e intensiva de um fenômeno bem delimitado”, com destaque para “os processos e interações

sociais que se desenvolvem nas organizações, situando-os no contexto histórico – atual e/ou passado – no qual estão imersos”. Assim, são escolhidos por aqueles pesquisadores que “desejam compreender uma situação em profundidade, enfatizando seu significado para os vários envolvidos” (MERRIAM 1988; HARTLEY, 1995 apud GODOY, 2006).

O formato foi de estudo de caso único, analisando a relação entre as representações e as práticas profissionais em um centro de referência. Esta decisão permitiu aprofundar nas especificidades, na idiosincrasia e na complexidade daquele contexto institucional particular investigado, oportunizando, assim, alcançar a “interpretação no contexto”, segundo a expressão cunhada por Cronbach (1975 apud GODOY, 2006).

Nesta pesquisa, a formulação e contrastação de hipóteses interpretativas ocuparam uma posição central. Procurou-se dar conta de um problema qualitativo mediante diversas interpretações que foram postas à prova num trabalho de campo que visou a contrastação das mesmas (SAN ROMÁN, 1992). Com base na classificação de estudos de caso proposta por GODOY (2006), reconhece-se que a presente pesquisa encaixa-se bem na categoria *estudo de caso interpretativo*, o qual “*além de conter uma rica descrição do fenômeno estudado, busca encontrar padrões nos dados e desenvolver categorias conceituais que possibilitem ilustrar, confirmar ou opor-se a suposições teóricas*” (p. 124).

Esta orientação fundamenta-se em uma proposta contemporânea que resgata o monismo metodológico na ciência (isto é, a unidade do método científico), argumentando-se que é justamente a formulação e contrastação de hipóteses o que melhor caracteriza a atividade científica. Nessa perspectiva, a tarefa de confrontar afirmações científicas provisórias (teorias e hipóteses) com dados extraídos da realidade (provas empíricas) é uma necessidade comum para as ciências naturais e as sociais. Mas, pelas disparidades ontológicas enormes entre estas disciplinas, não há razão para pretender submeter as hipóteses explicativas e interpretativas aos mesmos procedimentos comprovatórios e de

validação, nem às mesmas técnicas de levantamento e análise dos dados. Pelo contrário, tais procedimentos e técnicas deverão se adequar à natureza (quantitativa ou qualitativa) dos seus objetos de estudo (GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, 2002; 2003).

Ainda pretende-se salientar aqui as implicações metodológicas que derivam do processo da formulação do objeto de estudo proposto. Como se viu no capítulo introdutório, a identificação da situação-problema que instigou o presente projeto surgiu do questionamento sobre o significado de um dado quantitativo levantado numa pesquisa anterior (DESLANDES, SOUZA; MINAYO et al, 2006). Nesse sentido, aquele dado quantitativo de partida constituiu a “pista”, o ponta-pé inicial que desencadeou o processo de delimitação do objeto de estudo (a relação entre as representações e as práticas), abordando-o e explorando-o em sua dimensão qualitativa. Ou seja, a presente pesquisa, de um modo estratégico, visou explorar em profundidade um aspecto concreto e problemático detectado por aquele estudo. Inseriu-se, assim, na estratégia de triangulação de métodos, de modo a obter formas de conhecimento complementares sob ângulos e perspectivas diversas (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

### **6.1.1 Levantamento de dados**

O levantamento de dados foi realizado mediante a aplicação das técnicas de entrevista em profundidade, com guia semi-estruturado, e observação-participante, com roteiro pré-definido e anotações em um diário de campo.

A **entrevista em profundidade (EP)** já foi definida por Parga Nina como “uma conversa com finalidade” (1983 apud MINAYO, 2004: 121-2). Por ser *entrevista*, a EP consiste em “uma conversa a dois feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações para um objeto de pesquisa (...)” (KAHN; CANNELL, 1962 apud MINAYO, 2004b: 108). E, por ser *em profundidade*, a EP capta, com toda riqueza de detalhes e nuances,

as vicissitudes do discurso e a diversidade de significações em que se apresentam as informações.

A quantidade de material produzida [numa EP] tende a ser maior e com um grau de profundidade incomparável em relação ao questionário, porque a aproximação qualitativa permite atingir regiões inacessíveis à simples pergunta resposta (MINAYO, 2004b: 122).

Na situação de entrevista, *“tanto o pesquisador quanto o entrevistado interferem dinamicamente no conhecimento da realidade, e esse encontro de duas subjetividades representantes de códigos socioculturais quase sempre diferenciados é, ao mesmo tempo, rico, problemático e conflitivo”* (MINAYO, 2004b: 131). Um dos desafios postos está no envolvimento do entrevistado com o entrevistador, devendo este último contemplar “o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências, e a linguagem do senso comum”, em face produzir a empatia e distensão necessária para alcançar os seus objetivos. O aprofundamento daquela relação intersubjetiva será, portanto, “condição «sine qua non» do êxito da pesquisa qualitativa” (2004b: 124).

Se a EP é uma técnica de pesquisa, o seu instrumento é o roteiro ou guia de entrevista, cuja principal qualidade é *“enumerar, da forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação”* (MINAYO, 2004b: 121). É bom salientar que as perguntas contidas num guia de entrevista geralmente são abertas (não categorizadas), possibilitando um amplo grau de liberdade nas respostas. O guia de entrevista, ademais, “deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação” (2004b: 99). De acordo com esta autora:

(...) o roteiro serve de orientação, de baliza para o pesquisador e não de cerceamento da fala dos entrevistados (...).

O entrevistador se libera de formulações prefixadas, para introduzir perguntas ou fazer intervenções que visam abrir o campo de explanação do entrevistado ou aprofundar o nível de informações ou opiniões (MINAYO, 2004b: 122).

Segundo uma classificação de guias de entrevista presente em Souza, Minayo e colaboradores (2005), estes podem ser agrupados em função da sua estrutura interna (aberta ou semi-estruturada) e da uniformidade da sua aplicação no universo amostral (informais, focalizados, padronizados). Na presente pesquisa, em face ao considerável número de hipóteses propostas, foi construído um guia de entrevista semi-estruturado e focalizado. *Semi-estruturado* porque apresentava certo ordenamento por tópicos temáticos; e as perguntas estavam baseadas “nas variáveis e indicadores considerados essenciais e suficientes para a construção de dados empíricos” (2005: 136). E *focalizado* porque “as questões contidas no guia a princípio foram submetidas a todos os entrevistados”, mas não de forma rígida. Concedeu-se, então, “liberdade ao entrevistador ou entrevistado para explorar mais determinada temática, relato de experiência ou ponto de vista” (PATTON, 1990 et al. apud SOUZA; MINAYO et al., 2005). Ademais, houve certos ajustes prévios nos guias em função da categoria profissional do trabalhador (psicóloga, assistente social, educadora social).

De acordo com Meuser e Nagel (1991 apud FLICK, 2004), a entrevista com especialistas caracteriza-se por haver “um menor interesse no entrevistado enquanto pessoa (como um todo) do que em sua capacidade de ser um especialista para um certo campo ou atividade”. Geralmente, nessas situações surgem maiores problemas com relação ao direcionamento da entrevista, pelo fato dos entrevistados colocarem-se numa posição hegemônica e de superioridade de saber. Isto exige que o guia de entrevista a ser construído adote “uma função diretiva muito forte”, que esteja bem direcionado e que não se perca em tópicos irrelevantes. Além disso, o guia deve assegurar que “o pesquisador não se apresente

como um interlocutor incompetente”. E este tem que demonstrar na situação de entrevista que conhece o tópico, o qual é uma condição para o sucesso da mesma (2004: 104).

A **observação participante (OP)** é entendida como uma observação com propósitos (SOUZA; MINAYO et al., 2005) sobre algum cenário da vida social onde se dá qualquer tipo de interação entre sujeitos. Nela, um observador “está em relação face a face com os observados e (...) colhe dados. Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto” (SCHWARTZ; SCHWARTZ, 1955 apud MINAYO, 2004b: 135). Entre as qualidades da OP destaca-se que permite:

...estabelecer relações de proximidade com a comunidade e seus membros; possibilita uma imersão no cotidiano do grupo; favorece a redução da reatividade à presença do observador; subsidia a comparação entre as práticas dos membros com os seus discursos sobre certos processos e situações; além de favorecer um conhecimento das lógicas ‘internas’ dos grupos em questão (HAGUETTE, 1990 apud DESLANDES, 2005).

Segundo Minayo (2004b: 157), as principais premissas metodológicas da observação participante são:

- a necessidade de preparação teórica do observador;
- a relativização das hipóteses frente às evidências de campo;
- a necessidade de integração do pesquisador no campo para a apreensão qualitativa da realidade;
- o uso de instrumentos adequados para a seleção e a apreensão de dados.

É bom lembrar que, em pesquisa qualitativa envolvendo OP, o fato de formular algumas hipóteses iniciais não engessa totalmente o percurso e o andamento da investigação subsequente.

A natureza mais aberta e interativa de um trabalho de campo qualitativo que envolve observação participante permite que o investigador combine o afazer de confirmar ou infirmar hipóteses com as vantagens de uma abordagem não-estruturada. Colocando interrogações que vão sendo discutidas durante o processo de trabalho de campo, ela elimina questões irrelevantes, dá ênfase a determinados aspectos que surgem empiricamente e reformula hipóteses iniciais e provisórias (MINAYO, 2004b: 96).

Citando um famoso antropólogo, esta autora ainda lembra da postura dialética que o cientista social deve adotar perante *teoria e empiria*. Pois se, por um lado, é de importância crucial a fundamentação teórica da pesquisa, pelo outro, o investigador “*deve conservar uma abertura e flexibilidade capazes de, apesar da teoria, descobrir as particularidades da realidade empírica*” (MALINOWSKI, 1984: 17-24 apud MINAYO, 2004: 96).

Em relação aos instrumentos da OP, estes consistem no roteiro de observação e no diário de campo. No roteiro de observação é definido de antemão o que e o como observar, e quando e onde observar. Embora posteriormente possa ser corrigido e readaptado, retirando questões que se percebem como irrelevantes, “não se pode ir para a atividade de campo sem se prever as formas de realizá-lo” (MINAYO, 2004b: 101).

Já o diário de campo constitui-se no instrumento em que registram-se todas as observações (sobre conversas informais, comportamentos, gestos, expressões que digam respeito ao tema de pesquisa). Nesse aspecto, Malinowski (1984 apud MINAYO 2004b) recomenda distinguir entre os resultados da observação direta em relação aos depoimentos e interpretações dos sujeitos pesquisados, e as interpretações e inferências do pesquisador. Ou seja, estar atento a não confundir o que os sujeitos pesquisados dizem que está acontecendo e o que o pesquisador interpreta que está acontecendo.

No trabalho de campo desta pesquisa, utilizou-se a variante de Observação Participante em que o entrevistador assume o papel de *observador-como-participante*. Nesse

caso, o método é usado como estratégia complementar à entrevista (DESLANDES, 2005: 177), realizando observações antes e depois da mesma. No caso, visa aumentar a validade das informações coletadas nas EP e fundamentar as interpretações subseqüentes.

Ao longo de muitos anos de experiência o uso combinado de entrevistas em profundidade e observação participante tem se demonstrado como altamente profícuo em pesquisa qualitativa. Assim, enquanto a EP produz falas mais ou menos dirigidas com informações sobre determinado tema, a OP permite complementá-las ao captar “as relações, as práticas, os gestos e cumplicidades e a fala informal sobre o cotidiano” (MINAYO, 2004b: 120).

### **6.1.2 Análise dos dados**

No tocante à análise dos dados das entrevistas, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática (BARDIN, [1977] 2004), que visa à extração e interpretação de unidades de significação (núcleos de sentido) a respeito de determinados assuntos (categorias temáticas) escolhidos em função do interesse teórico do investigador (MINAYO, 2004b). Estas unidades de significação foram contempladas a partir de um critério duplo. Em primeiro lugar, pela sua freqüência de aparição, sendo a contagem das unidades de significação considerada como “definitória do caráter do discurso”. E, em segundo lugar, em função da sua mera presença no texto. Dado que *“qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso”* (MINAYO, 2004b: 209).

A técnica de análise de conteúdo tanto procura identificar os significantes verbalizados (significações manifestas) quanto trata de mergulhar na densidade simbólica das falas para

descobrir significados subjacentes ao discurso (significações latentes), que posteriormente, poderão revelar-se como mais ou menos freqüentes no material sob análise.

Como bem lembram Gomes, Mendonça e Pontes (2002) a proposta de Bardin ([1977] 2004) permite ultrapassar o nível descritivo das falas e ações observadas (ou seja, das representações e das práticas) mediante o exercício da inferência, destinado a alcançar uma interpretação bem sucedida. Nesse ponto, será crucial a habilidade do pesquisador para referenciar o sentido dos atos (suas intenções) e das falas (suas significações) ao contexto social em que se originam. Pois, “pela sua vinculação dialética com a realidade, a compreensão da fala exige ao mesmo tempo a compreensão das relações sociais que ela expressa” (MINAYO, 2004b: 175).

Seguindo a Bardin (2004: 25), a análise de conteúdo nesta pesquisa cumpriu a realização de duas funções que são complementares. Por um lado, a de “administração da prova”, em que a análise sistemática do material possibilitou a confirmação ou refutação das hipóteses iniciais. Por outro lado, a heurística, de enriquecimento da tentativa exploratória mediante possíveis descobertas. Esta última permitiu o surgimento de novas interpretações não contempladas inicialmente.

## 6.2 CRITÉRIOS AMOSTRAIS

- **Unidade de Observação:** Centro de referência da Criança e do Adolescente do Recife. A eleição deste Centro, situado na Policlínica Lessa de Andrade (DS-IV), deveu-se a uma questão de relevância. Trata-se do mais importante Centro de Atendimento a Crianças e Adolescentes vítimas de violência do Recife no sistema público de saúde. Em 2006, foram 107 crianças atendidas no Serviço Sentinela, que recebe somente casos confirmados de violência encaminhados diretamente. O CERCA, que conta também com um Programa de

Saúde Mental, dispõe de recursos federais e municipais para financiar uma equipe técnica de 10 trabalhadores.

- **População de estudo:** a população de estudo ficou circunscrita à equipe técnica dos dois programas do CERCA: o Serviço Sentinela (de atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência e exploração sexual e suas famílias) e o Programa de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes do Recife. A inclusão do Programa de Saúde Mental (PSM) se justifica porque, em sondagem prévia, confirmou-se que os seus profissionais também atendem a vítimas de violência que não são inicialmente identificadas como tais. Ademais, por tratar-se de um programa que faz uma “ponte” muito próxima com o Sentinela/Recife, buscou-se também explorar as vicissitudes desta parceria intersetorial entre a saúde e assistência social no espaço do Centro.
- **Crítérios de inclusão:**
  - ser profissional de nível superior (psicólogo, assistente social, educador social) e trabalhar no CERCA;
  - aceitar livremente participar da pesquisa.
- **Crítérios de exclusão:** são critérios que visavam evitar que na amostra entrassem profissionais inexperientes e com representações sociais pouco sedimentadas nas suas intervenções profissionais.
  - ser profissional com menos de um ano de trabalho no Centro.
  - ser estagiário(a) no serviço de referência.
- **Universo populacional:** em 2007, a equipe técnica do CERCA contava com 10 profissionais: 7 do Sentinela/Recife e 3 do PSM. Além disso, foi considerada a pertinência de entrevistar também uma psicóloga da equipe de Psicologia de Adultos da Policlínica, que, no segundo semestre de 2007, articulou-se com o CERCA para dar atendimento

psicológico aos familiares de crianças e adolescentes vítimas de violência, com a anuência da Gerência da Policlínica.

- **Tamanho e caracterização da amostra** (dos entrevistados): *a priori*, a expectativa era de poder entrevistar a totalidade do universo populacional (censo). Mas, com o andamento de pesquisa se viu a saturação dos dados coletados e a não necessidade de entrevistar uma educadora social que não desenvolvia atividades de atendimento e prevenção. O número de entrevistados, portanto, resultou em 10 profissionais: o coordenador (psicólogo de formação), mais cinco psicólogas, duas assistentes sociais e dois educadores sociais. Fora o coordenador e um educador social, que são homens, o restante da amostra (8) correspondeu a mulheres. Não foram coletadas informações sobre a idade dos entrevistados.

### 6.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Atendendo à Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), o estudo só foi realizado após o recebimento do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE).

Além da anuência explícita da chefia de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde da Prefeitura do Recife, foi solicitada a conformidade para a realização do levantamento de dados aos responsáveis de cada serviço de referência. Em todo o tempo de trabalho de campo, o pesquisador adotou uma atitude ética para com os profissionais e com os usuários do serviço, procurando não atrapalhar no processo de trabalho nem violentar a intimidade das pessoas.

Foram explicitados os objetivos e o caráter ético da pesquisa a qualquer pessoa presente no campo ou que ao longo deste projeto tenha solicitado. Para realizar a Observação

Participante foi solicitada permissão aos ali presentes. E aos profissionais a serem entrevistados autorização prévia para participação no estudo, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Nesse documento garantiu-se o anonimato dos entrevistados e o sigilo das informações coletadas. Advertiu-se sobre os riscos e benefícios derivados da participação do profissional na entrevista. Também se informou que a adesão às entrevistas era um ato decidido livremente pelo profissional do serviço, podendo este desistir de sua colaboração em qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo para suas atividades cotidianas na instituição. Ainda, foi solicitada aos entrevistados permissão explícita para uso de gravador e transcrição dos depoimentos.

## **6.4 FASES DA PESQUISA**

### **6.4.1 Fase preparatória**

**Elaboração dos Instrumentos de Pesquisa:** a partir dos indicadores considerados para dar conta das hipóteses da pesquisa foram construídos os guias semi-estruturados da EP, seguindo as orientações contidas em Souza, Minayo e colaboradores (2005), com a formulação das perguntas que o comporam. Também foi definido o roteiro da OP, ditando o que devia ser priorizado na observação (MINAYO, 2004b).

**Preparação da Estratégia de entrada no campo:** previram-se, inicialmente, os detalhes do primeiro impacto no campo, minimizando possíveis efeitos adversos (MINAYO, 2004b). Foi obtida autorização por escrito da Gerência de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/PCR) para a realização da pesquisa nos serviços de referência da rede pública de saúde do Recife. No CERCA, foi realizado um contato com a Gerência da

Policlínica, que solicitou resumo de projeto de pesquisa e que fosse entregue cópia na sede do Distrito Sanitário IV. Após estas formalidades, foi realizado contato telefônico inicial com o coordenador do CERCA, para agendamento de uma apresentação com os profissionais do Centro em reunião da equipe técnica. Em todos estes contatos iniciais com os responsáveis dos serviços foi informada a intenção de realizar a pesquisa, apresentando os seus objetivos e a sua justificativa.

**Mapeamento dos cenários de observação:** Na jornada de apresentação da pesquisa com a equipe técnica do CERCA, foram identificados possíveis imprevistos derivados do funcionamento das instituições (períodos de capacitação, escalas de férias etc.). Foi apurada também a relevância de realizar investigação junto com os profissionais do PSM. Estes dados subsidiaram, portanto, o planejamento do trabalho de campo.

#### **6.4.2 Fase exploratória**

Na entrada no campo, o pesquisador prestou especial atenção ao primeiro contato com o ambiente e os informantes (MINAYO, 2004b), armando-se precavidamente de disposição para negociação, paciência e diplomacia (DESLANDES, 2005). Nesta fase exploratória, o roteiro de observação privilegiou aqui aspectos interacionais da entrada no campo, registrando-se no diário, observações, impressões e reflexões derivadas dos contatos iniciais do pesquisador com o universo social pesquisado.

Inicialmente, foi realizada uma entrevista com o coordenador do Centro, aplicando um guia diferenciado. O objetivo era fazer emergir mais nitidamente questões relativas ao contexto institucional e gerencial do Centro e mapear exaustivamente as práticas e seus atores. Especial atenção foi dada também à relação entre as questões teóricas colocadas nas hipóteses e à realidade inicialmente encontrada no serviço. Posteriormente, prepararam-se alguns

ajustes para adequar o guia de entrevista a cada categoria profissional, após conhecer a sua participação em práticas de acordo com os eixos do Centro: atendimento, prevenção, mobilização e organização, participação juvenil e defesa e responsabilização.

#### **6.4.3 Fase de trabalho de campo**

Esta foi propriamente a fase de levantamento intensivo de dados no campo, na qual foram realizadas mais nove entrevistas em profundidade aos demais profissionais do Centro. Não houve por parte dos entrevistados nenhuma objeção em participar livremente da pesquisa nem em aceitar a utilização de gravador. O horário para a realização das entrevistas foi marcado com os profissionais, que priorizaram momentos com menor fluxo de visitas.

A aplicação da observação participante nesta pesquisa limitou-se aos contatos iniciais – numa reunião de equipe técnica –, e nos momentos anteriores e posteriores à realização das entrevistas, que aconteceram nas salas de trabalho de cada profissional, trazendo uma série de benefícios diretos a esta pesquisa: a) permitiu coletar evidências sobre a autenticidade de certas informações referentes à organização das práticas de trabalho no Centro, expressas durante as entrevistas; b) permitiu dar um mergulho no cotidiano do Centro e familiarizar-se com as suas equipes; c) propiciou também um melhor conhecimento mútuo entre os profissionais e o pesquisador. Leve-se em conta que, na OP, o pesquisador precisa criar um “lastro de confiabilidade” (MINAYO, 2004b: 143) no processo de construção de sua identidade pelo grupo, a qual “vai se forjando nas várias instâncias da convivência” (2004b: 125). Pretendeu-se, assim, estabelecer um relacionamento honesto e sincero com os sujeitos do estudo – os profissionais do Centro – e ganhar a sua “legitimidade”, a qual independe da permissão oficial outorgada pelos responsáveis dos serviços para a realização da investigação (DESLANDES, 2005).

#### 6.4.4 Fase analítica

**Preparação dos dados para análise:** uma vez terminado o levantamento de dados, foi feita uma acurada transcrição do material gravado (entrevistas). As falas dos entrevistados foram mantidas na íntegra, respeitando de forma fidedigna o nível de registro dos depoimentos, bem como os silêncios, as ênfases, as expressões emocionais nas falas etc. Para a preservação da identidade dos entrevistados foram usados pseudônimos e as unidades de registro extraídas para análise foram referenciadas com codinomes (E1, E2,... E10). Os codinomes foram completados com as siglas “co” (coordenador), “ps” (psicóloga), “as” (assistente social) e “es” (educador social), facilitando o relacionamento entre as falas dos profissionais e a sua função de trabalho no Centro. Assim, por exemplo: E1co, E2ps, E3as etc.

As dez entrevistas resultaram em 630 minutos de fitas gravadas (63 minutos de média) e 220 laudas de transcrição (22 por entrevista). A entrevista mais curta durou 25 minutos (8 laudas), já a mais longa se estendeu por cerca de 115 minutos (35 laudas). A média de duração das entrevistas dos profissionais da atenção do Sentinela foi de 72 minutos e a dos profissionais da prevenção, 61 minutos. Os profissionais do Programa de Saúde Mental registraram a menor média de tempo: 42 minutos. Já a psicóloga da Policlínica que atendia prioritariamente a adultos encaminhados pelo CERCA discorreu por 82 minutos.

**Análise dos dados:** ao executar a análise temática do conteúdo dos materiais registrados nas entrevistas foram aplicados, de forma flexível, os procedimentos propostos por Bardin ([1977] 2004), adotando também alguns dos procedimentos e sugestões apontadas por Gomes (1994), Gomes, Souza e Colaboradores (2005) e Minayo (2006b).

1º) Pré-análise: começou-se pela ordenação do material mediante a constituição de um *Corpus*, que não é outro senão o conjunto do material empírico. Segundo Minayo (2006b:

356), em face à heterogeneidade sociológica da amostra, o Corpus pode ser ordenado em subconjuntos “visando-se uma leitura que busque homogeneidades e diferenciações por meio de comparações e contrastes”. No caso, foram definidos três corpus, segundo os materiais fossem provenientes de: 1) profissionais de atendimento e coordenação do Sentinela/Recife e profissional de atendimento a familiares das vítimas; 2) profissionais de atendimento do Programa de Saúde Mental; 3) profissionais de prevenção do Sentinela/Recife.

Seguidamente realizou-se uma leitura flutuante de todos os *Corpus*, tomando-se contato com as suas estruturas e “deixando-se invadir por impressões” (BARDIN, 2004: 90), que foram devidamente registradas. Para Minayo (2006b: 357-8), a leitura flutuante equivale a realizar uma “leitura horizontal” e exaustiva de todo o material na íntegra, visando “*apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as idéias centrais que tentam transmitir e os momentos-chave e suas posturas sobre o tema em foco*”. Para Gomes (1994), a leitura flutuante também visa descobrir orientações para a análise e estabelecer os elementos que a comporão (unidade de registro, categorias, unidade de contexto).

2º) Exploração do material: realizou-se aqui uma leitura intensiva dos Corpus, visando a identificação e a codificação de significações manifestas e a descoberta das latentes. Para Gomes, Souza e colaboradores (2005: 205) deve-se aqui “buscar as idéias que estão por trás dos textos”, construindo-se as inferências que deverão ultrapassar o nível descritivo para, posteriormente, alcançar a interpretação. Para tanto, aprofundou-se nos temas que se demonstraram relevantes.

Seguindo as orientações destes autores, esta etapa foi caracterizada por procedimentos de análise que “quebram, dividem, deconstroem, procuram desvelar...” (GOMES, SOUZA, et al., 2005: 207). Realizou-se também aqui uma “leitura transversal” de cada *Corpus*. Os documentos foram recortados por unidades de registro, as quais foram classificadas em função das diversas categorias temáticas. *Colocaram-se “as partes semelhantes juntas,*

*buscando perceber as conexões entre elas, e guardando-as em códigos ou gavetas”* (Minayo, 2006b). Estas, por sua vez, foram classificadas de acordo com cada corpus. A seguir, realizou-se uma condensação dos núcleos de sentido e um enxugamento classificatório dos temas, reagrupando-os em torno de categorias centrais. Visando checar a validade interna do estudo também foram triangulados os dados provenientes da observação participante no trabalho de campo com os relatos dos profissionais (DENZIN, 1973 apud MINAYO, 2004: 241-2).

3º) Análise Final: as interpretações dos resultados obtidos e a discussão sobre a sustentação das hipóteses iniciais foram realizadas tanto com base na frequência dos núcleos de sentido (BARDIN, 2004), quanto com base na sua constância (presença/ausência) nos diversos *corpus*. A interpretação foi a verdadeira protagonista desta fase final da análise. “*A interpretação caminha em um movimento de síntese, por meio da construção criativa de possíveis significados*” (GOMES, SOUZA et al., 2005: 207). Surgiu do confronto entre *teoria* e *empíria*, bem como do diálogo entre o texto e o contexto em que emergiram os dados (MINAYO, 2006b; GOMES et al., 2005). Ou seja, foi realizado um movimento dialético incessante entre o concreto o abstrato, o particular e o geral (MINAYO, 2006b). Após o confronto entre as categorias empíricas com as categorias analíticas, “teoricamente estabelecidas como balizas de investigação”, buscaram-se “interrelações e interconexões entre elas” (MINAYO, 2006b: 358). Chegou-se também aqui à formulação de uma nova hipótese interpretativa que não estava prevista inicialmente, e que poderá instigar investigações futuras que visem a sua confrontação e possível adequação em outros cenários.

...o produto final da análise de uma pesquisa, por mais brilhante que seja, deve ser sempre encarado de forma provisória e aproximativa. Esse posicionamento por nós partilhado se baseia no fato que, em se tratando de ciência, as afirmações podem superar conclusões prévias a elas e podem ser superadas por outras afirmações futuras (GOMES, 1994: 79).

## 7 RESULTADOS

### 7.1 PRÁTICAS DE ATENDIMENTO E PREVENÇÃO

#### 7.1.1 Práticas no Serviço Sentinela/Recife

No Serviço Sentinela, o trabalho de atendimento junto a crianças/adolescentes vitimizadas e suas famílias é realizado por uma equipe multi-profissional que efetua uma abordagem psicossocial. Consiste em uma bateria integrada e programada de formas de intervenção de caráter psicoterápico e outras de caráter socioeducativo, que vão sendo consecutivamente aplicadas às vítimas e suas famílias.

Às atividades protagonizadas pelas profissionais da psicologia e do serviço social atribui-se um caráter de complementariedade. Costumam desenrolar-se em paralelo, cada um desempenhando as suas funções, embora de forma articulada. Só quando considerado necessário realizam-se atividades em que estes profissionais participam em conjunto.

As informações levantadas nesta pesquisa levam a considerar que, no Serviço Sentinela/Recife o atendimento psicológico às crianças/adolescentes vítimas de violência constitui o carro chefe, o eixo estruturante de todo o processo de intervenção junto com as famílias. Este se caracteriza como *“um atendimento clínico voltado para crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica e sexual”* (E6ps). Contudo, reconhece-se que o atendimento social, no qual se desenvolve uma interação muito próxima com as famílias dessas vítimas, também aparece como fundamental para o bom andamento do processo como um todo.

No momento da realização do trabalho de campo desta pesquisa, havia começado a funcionar três meses antes um fluxo interno dentro da Policlínica para atendimento prioritário

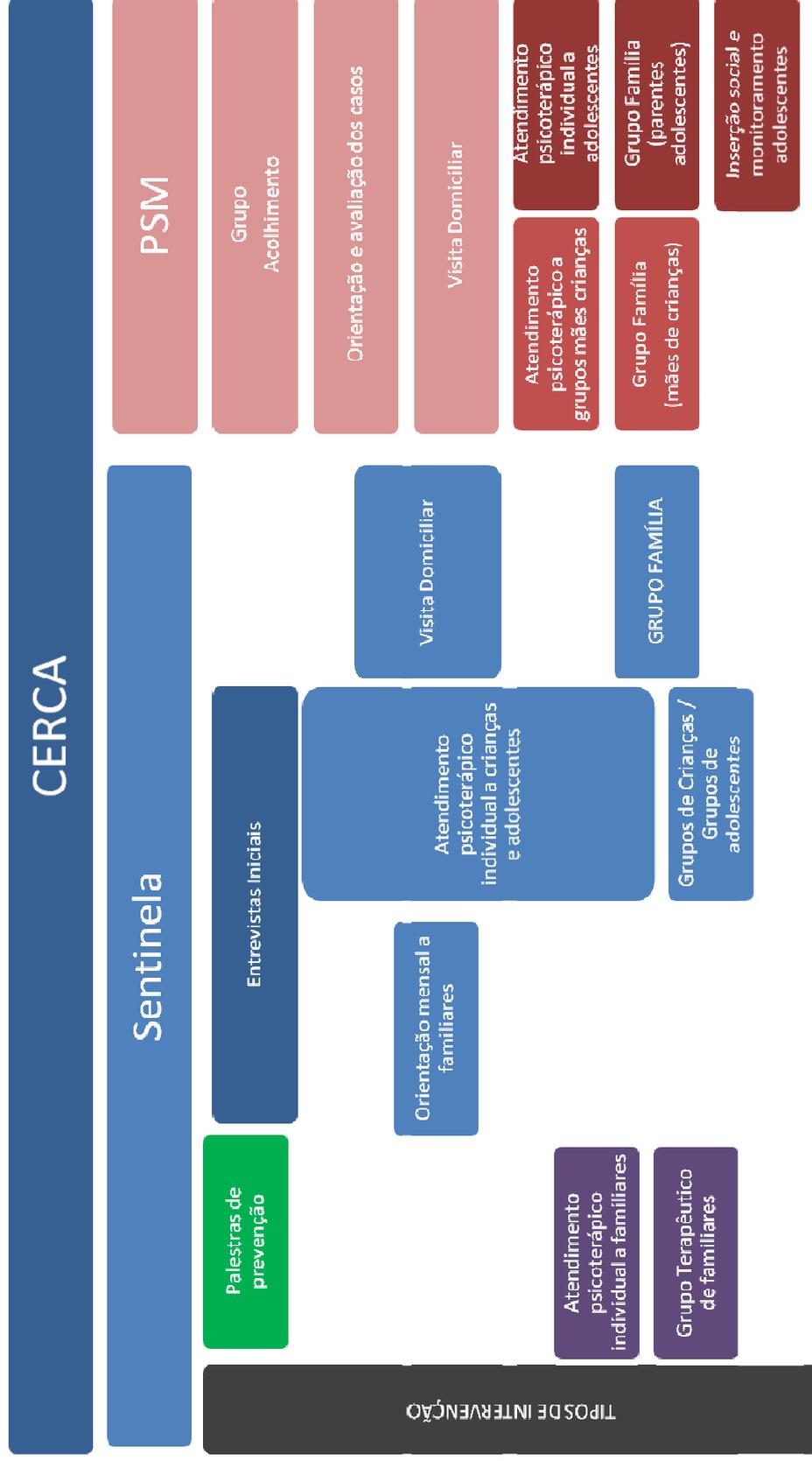
de familiares de crianças/adolescentes atendidas no Centro. Essa nova referência foi fruto de um acordo entre o CERCA e uma psicóloga do Serviço de Saúde Mental de Adultos da Policlínica. Casualmente, esta psicóloga é funcionária da Secretaria de Políticas Sociais, mas está lotada na Policlínica (que pertence à Secretaria de Saúde) e vinha exercendo o atendimento psicológico de adultos com todo tipo de problemáticas, bem como funções gerenciais. No momento anterior à oficialização do fluxo, o Sentinela já encaminhava adultos ao Serviço de Psicologia da Policlínica, mas não existia nenhum tipo de tratamento diferenciado com relação ao resto de pacientes adultos. Por conta de reestruturações de pessoal na Secretaria de Assistência Social, que demandavam a realocação da psicóloga em questão para outro lugar, esta acertou poder continuar trabalhando na Policlínica, mas dando prioridade aos adultos encaminhados pelo Sentinela/Recife, que, lembremos, pertence à Secretaria de Assistência Social.

#### **7.1.1.1 Entrevistas Iniciais**

Quando uma vítima chega ao Serviço Sentinela (a maioria das vezes encaminhada pelo Conselho Tutelar ou por unidades de saúde, quando não, pela Justiça, ONGs etc) é recebida na recepção e marca uma entrevista inicial com a assistente social e depois outra com uma das psicólogas do Serviço. Anteriormente, a entrevista inicial era feita em conjunto entre a psicóloga e a assistente social, conceituada como a situação ideal.

No entanto, por conta da elevada demanda decidiu-se que o contato inicial fosse efetivado pela profissional com maior disponibilidade no momento que o caso chegasse, ou seja, a psicóloga ou a assistente social, e posteriormente, a outra completaria e fecharia o contato inicial com uma segunda entrevista.

FIGURA 4\*: Tipos de Intervenção nos Programas do CERCA:



\* Elaboração própria

A entrevista inicial com a assistente social objetiva saber o que está acontecendo, qual a demanda do caso, qual o tipo de violência sofrida pela criança/adolescente e quem fez o encaminhamento. Logo se realiza a anamnese social, na qual são coletadas informações relativas à identificação da criança/adolescente vitimizada, a sua vida escolar, a estrutura da família, a sua situação socioeconômica e cultural, a inserção social da criança e da família em atividades e programas sociais, a situação da queixa etc. Em seguida, o caso é encaminhado para a psicóloga, enquanto a assistente social começa a adotar as providências necessárias para preparar os encaminhamentos da família para outros possíveis órgãos/setores que sejam pertinentes: Conselho Tutelar, Justiça, GPCA, atendimento jurídico (CENDECH), pediatra/hebeatra, GPCA etc.

A entrevista com a psicóloga consiste em uma primeira escuta do caso, procurando saber o que aconteceu com a criança/adolescente. Entretanto, na maioria das vezes existe uma resistência inicial no primeiro contato realizado com o profissional da psicologia<sup>25</sup>.

Elas [*as vítimas*] já vêm para cá infelizmente sabendo do diagnóstico, né, do, do motivo de estar aqui. Isso também tem que ser muito trabalhado com a cabeça dessa criança e desse adolescente, né? Que muitas vezes no primeiro atendimento eles não falam o que aconteceu, e a gente tem que ter muito cuidado porque de certa forma a gente sabe, né? Tem que respeitar esse tempo também. (E6ps).

Nessas circunstâncias, o objetivo maior do profissional da psicologia é o de fixar um compromisso com o paciente e com os familiares responsáveis para que o processo terapêutico que vai começar possa alcançar bons resultados. Nas duas sessões (no máximo)

---

<sup>25</sup> Em esclarecimento posterior, realizado mediante e-mail, uma entrevistada ainda esclareceu:

Em alguns casos e em especial com as crianças, as mesmas de imediato verbalizam e expressam todo um sofrimento ocasionado pela violência, diferente do adolescente, que por já possuir conceitos pré-estabelecidos são mais defensivos em expressar seus conteúdos traumáticos (E6ps).

seguintes, o profissional realiza a anamnese psicológica. Consiste em um atendimento psicológico individual à mãe ou responsável que responde pela criança. Procura-se conhecer aí um pouco mais em detalhe a história psicológica daquela criança/adolescente: “*como foi gestação, escolha de nome, com quantos meses andou, engatinhou, enfim para subsidiar também no atendimento psicológico*” (E6ps). E logo depois já começa o atendimento individual com a criança ou o adolescente.

#### **7.1.1.2 Atendimento psicoterápico individual a crianças/adolescentes**

O atendimento psicoterápico individual, de caráter clínico, utiliza como ferramentas principais *a questão da escuta e da palavra* (E6ps). Está baseado na Terapia Breve Focal<sup>26</sup> (TBF), que pode caracterizar-se como uma terapia de curto prazo voltada para um trabalho intensivo sobre os sintomas daquela criança/adolescente que vivenciou a situação traumática expressa.

Foi vítima de violência, mas está com que? Agressividade. Então vamos trabalhar o foco: agressividade. Está com, é... tá com dificuldade na escola, de aprendizado, vamos trabalhar esse foco. Né, então vai trabalhar esse foco, pensando que aquele foco foi causado por conta da violência (E3as).

Nesse sentido, porém, as psicólogas frisam que são trabalhadas as conseqüências da violência, os traumas, as seqüelas psicológicas, mas não as causas que propiciaram a agressão/abuso. Cabe salientar que o atendimento psicológico que se aplica às vítimas de violência é o mesmo que se aplica a qualquer criança/adolescente. Isso permitiria não rotular aquela criança/adolescente atendida por conta da sua condição de vítima.

---

<sup>26</sup> Uma profissional citou a Heter Fiorino como uma das muitas referências teóricas na utilização desta técnica.

A outra característica da Terapia Breve Focal diz respeito à sua duração. No Sentinela/Recife, em média, é de seis meses. Este tempo não é concebido como um limite, mas como um prazo a partir do qual é realizada uma avaliação conjunta com a família sobre a evolução da criança/adolescente ao tratamento. Nessa avaliação é decidido se o caso é encerrado ou se é prolongado por mais um tempo. Citam-se casos que tiveram a duração de até um ano.

De acordo com uma profissional, as vítimas de violência sexual tendem a receber um atendimento mais prolongado que as vítimas de violência física, psicológica ou negligência, dada à maior gravidade das seqüelas que este agravo produz.

A adoção da TBF se justifica, na fala dos profissionais, pela necessidade de adequar o atendimento psicológico à realidade do serviço, caracterizada por uma grande procura (elevada demanda) e pela necessidade de oferecer cobertura em toda a cidade do Recife.

As profissionais mencionaram ter, como referenciais teóricos, a abordagem humanista (Karl Rogers) – que visa levar em consideração o ser humano como um todo – e a psicanálise de Freud e Lacan.

Uma das profissionais manifesta aplicar com assiduidade técnicas de exame psicológico (tests) nas crianças/adolescentes atendidas, com destaque para as técnicas projetivas. Já a outra profissional apenas utiliza a escuta clínica.

Segundo elas, o atendimento psicoterápico a crianças vítimas de abuso sexual avançou significativamente após o Sentinela/Recife receber, mediante doação feita por uma ONG estrangeira, uma família de brinquedos fabricada especialmente para o trabalho psicológico com crianças abusadas. A ludoterapia permitiria, assim, trabalhar a questão da revelação do abuso/violência, mediante o brincar da criança e a análise das suas projeções nas interações no jogo. Uma das psicólogas mostrou ao pesquisador os bonecos em questão, podendo-se corroborar o seu grau de especificidade, ajustado aos fins que perseguem.

### 7.1.1.3 Orientação mensal aos familiares

Entre as dificuldades apontadas na realização do atendimento individual está a necessidade de realização de um trabalho especial para estabelecer o vínculo terapêutico. Esse esforço estaria dirigido a vencer, com tempo e habilidade, as resistências iniciais, especialmente presente nos adolescentes e nos casos encaminhados pela Justiça e pelo Conselho Tutelar. Nesse aspecto, é relevante que, uma vez por mês, o atendimento à criança seja trocado por uma sessão orientativa com os pais/responsáveis, quando estes aceitam o convite.

A realização de sessões mensais de orientação aos familiares responsáveis pelas crianças/adolescentes não corresponde propriamente a um atendimento psicológico. Pois, estas não têm a capacidade de alcançar semelhante grau de focalização. Trata-se de uma “*orientação de situação*” que procura dar-lhes um retorno (*feedback*), um repasse de informações acerca do quadro evolutivo da criança/adolescente atendida (os avanços e regressões) e do andamento do processo terapêutico: “*como é que eu estou sentindo o filho*” (E4ps). Mas também há outras razões que motivam a realização destas sessões, dentre as quais se destacam:

a) reforçar o vínculo com os familiares para manter o atendimento até o final, procurando que se comprometam a comparecer e trazer a criança na hora e nas datas marcadas. “*É justamente, tem que ser criado todo um vínculo, toda uma confiança no “feedback” para ver como agente agiliza isso aí*” (E6ps) .

b) explicar aos familiares o uso das técnicas psicológicas aplicadas no atendimento psicoterápico à criança/adolescente, procurando desconstruir idéias equivocadas a respeito das mesmas:

...porque muitas vezes os pais vêm para cá e perguntam ao filho: - “E aí fizeste o quê?” – “Brinquei, risquei”. – “Só vem para a psicóloga, para brincar, pra riscar?”. Aí eu deixo bem claro, que não é só um brincar por brincar e um riscar e desenhar e nem pintar por pintar, que tudo aquilo ali está sendo interpretado, que tudo aquilo ali tem um significado (E6ps).

c) avaliar junto com a família como ela está agindo “*se condiz com a realidade do quadro apresentado pela criança ou adolescente*” (E6ps). Essa função é especialmente indicada quando se detectam atitudes dos pais pouco colaborativas com o processo terapêutico, especialmente presentes nos casos de violência física e negligência com encaminhamento do Conselho Tutelar: “*Então fazemos um trabalho de sensibilização com essa pessoa e tentamos ampliar sua forma de visualizar o contexto*” (E6ps).

d) orientar os responsáveis, nos casos de violência física, visando transformar a questão cultural que enxerga o bater como uma questão educativa: “*a gente tenta com que eles percebam a melhor forma de educar os filhos, de como é que isso pode ser feito*”. (E6ps) Quando se detecta a presença de fortes convicções culturais, nesse sentido, o foco é retirado das vítimas e é centrado mais nos adultos. Pois, avalia-se que estes demandam mais atenção que as próprias crianças. Nesses casos, o tempo da alta do caso (pais e filhos) costuma ser mais curto do que no de abuso sexual.

e) identificar adultos que precisam de atendimento psicológico ou até psiquiátrico e encaminhá-los para os setores correspondentes. No caso do encaminhamento psicológico, este é feito através do fluxo oficializado dentro da Policlínica. Esta decisão acontece especialmente quando se percebe que há fatores de saúde mental naquele familiar que estão atrapalhando no processo terapêutico da criança/adolescente: “*Muitas vezes encaminhava os pais para atendimento psicológico ou psiquiátrico, por perceber conteúdos, que, infelizmente, com as orientações terapêuticas não dariam resultados eficazes*”. (E6ps). A outra profissional argumenta que encaminha... “*quando eu acho que é uma coisa mais profunda*” (E4ps).

f) Conscientizar e fortalecer psicologicamente os familiares responsáveis sobre a importância de fazer a denúncia. Especialmente quando é detectada uma resistência a denunciar por conta do “*fator social*”, de se pensar que “... *as minhas netas vão ficar taxadas, vão ficar visadas na rua, pela vizinhança, das meninas abusadas pelo pai*” (E6ps).

Ainda pode acontecer que um responsável peça para vir conversar com a psicóloga, individualmente, e são marcadas sessões, o que costuma ser considerado um esforço adicional que deve ser feito pela profissional, face a peculiaridade do atendimento aos casos de violência, marcado pelo sofrimento das famílias:

as pessoas quando chegam aqui, na maioria das vezes, vêm com uma baixa auto-estima. Entendeu? Lá em baixo, coisa no raso mesmo (...) aí que você começa a perceber o esforço que as meninas [*as psicólogas*] no atendimento têm que fazer. Que além de trabalhar essa questão de violência têm que trabalhar também pela auto-estima do jovem e da família.(...) Principalmente da família (E5es).

#### **7.1.1.4 Grupos de crianças e grupos de adolescentes**

A terapia breve focal não se restringe ao atendimento individual das vítimas e à orientação dos seus familiares. Senão que se prolonga em outra forma de intervenção que são os grupos de crianças e os grupos de adolescentes. A finalidade destes grupos é reforçar o processo terapêutico, que é facilitado quando o paciente percebe que “*algumas pessoas têm até coisas mais sérias do que as deles*” (E4ps).

À medida que os pacientes aprofundam-se nos seus processos terapêuticos individuais, as psicólogas os convidam a participar de tais grupos. Então, progressivamente vão formando-se grupos de 6 a 8 pessoas. No caso, respeitam-se as categorias etárias: os grupos de crianças vão sendo formados à parte dos grupos de adolescentes. Mas, não há qualquer divisão com relação ao tipo de violência. Pelo contrário, uma psicóloga argumenta que a mistura de casos

propicia um quadro evolutivo imediato quando os pacientes escutam as diversas realidades trazidas pelos componentes do grupo (Eóps).

Os grupos terapêuticos acontecem cada semana, em substituição do atendimento psicoterápico individual. A grande maioria das crianças/adolescentes atendidas individualmente vai para o grupo terapêutico, do qual gostam de participar, conforme avaliação das psicólogas. E o processo terapêutico é finalizado desde esse grupo.

Finalmente, uns quatro ou cinco meses depois que a criança/adolescente obteve a alta do atendimento psicológico, a família é chamada de novo para uma avaliação pontual da evolução psicossocial do caso. Esta técnica, chamada *follow up* (seguimento), avalia em uma sessão a situação da criança no contexto social (na escola e nas interações sociais), bem como na família (se houve reincidência ou não). Na ocasião, quando a psicóloga percebe a persistência dos sintomas que foram trabalhados na Terapia Breve Focal naquela criança/adolescente, é oferecido um prolongamento do atendimento. Se forem diagnosticados outros conflitos intrafamiliares (entre os cônjuges ou entre gerações), a família é encaminhada à rede de assistência psicológica (serviços de atenção em universidades privadas ou postos de saúde).

#### **7.1.1.5 Visita domiciliar**

No Serviço Sentinela/Recife, a visita domiciliar (VD) é uma forma de intervenção que se aplica em três possíveis circunstâncias:

1) Em todos os casos incluídos no Serviço a assistente social realiza uma VD para conhecer o cotidiano doméstico e a realidade das condições de vida da criança/adolescente e sua família. Observa-se como o grupo familiar é estruturado no domicílio. Assim, sempre é comprovado se a criança dispõe de quarto próprio, aonde dorme, se dispõe de privacidade etc.

2) A VD também é utilizada para checagem dos casos em que a criança e seus responsáveis deixam de comparecer ao Centro, abandonando o processo terapêutico pela metade. Para resgatar o caso, procura-se então convencer a família para trazê-la de volta.

“Então a gente estipulou que três faltas não justificadas ou com justificativas que não sejam muito convincentes é feita uma visita domiciliar para aquela família se responsabilizar com a criança para trazer para o atendimento” (E3as).

Nesses casos, se a família não voltar mais, o caso é arquivado e é desligado por motivo de falta. De acordo com uma psicóloga, a estratégia de VD consegue ser efetiva em alguns casos para o retorno ao tratamento.

3) Quando há necessidade de contrastar “*in locu*” a veracidade de algumas informações. Pois às vezes, podem obter-se versões contraditórias a partir de fontes diversas. Por exemplo, acerca da continuidade da presença do abusador sexual no domicílio da vítima; sobre a prática de “amarrar o menino em casa” etc.

“Então o serviço social não vai fazer esse papel investigativo da polícia, né. Vai analisar essa situação que a criança vem falando, até porque para tomar, dar outros encaminhamentos. Né, ou de comunicar o Conselho Tutelar, ou de chamar a família à responsabilização” (E3as).

#### **7.1.1.6 Grupo-família**

Outro tipo de intervenção que visa diretamente os familiares das crianças/adolescentes atendidos é o Grupo Família (GF). Consiste em um grupo socioeducativo (não é terapêutico, senão informativo) de discussão e reflexão coletiva de temas propostos pelos próprios “pais” e pela equipe técnica do Sentinela/Recife.

A principal responsável pela realização do GF no Sentinela/Recife é a assistente social. Mas, às vezes, é realizado em conjunto com outros profissionais do Centro, que apresentam pessoalmente temáticas de sua área. Por exemplo, uma psicóloga já participou diversas vezes apresentando temas como limites, abuso sexual, sexualidade. Do ponto de vista multi-profissional, estas situações oportunizam a combinação do “*olhar social com o olhar psicológico*” (E6ps). Além disso, a participação das psicólogas pode estar motivada por um interesse concreto em melhorar algum aspecto inconsistente no cognitivo dos familiares. Por exemplo, em certa ocasião, as duas psicólogas se propuseram a realizar um GF sobre “desenvolvimento infantil”, porque nas orientações com os pais vinham percebendo uma incompreensão sobre aquela temática.

O GF congrega familiares-responsáveis das vítimas de diversas formas de violência. Esta mistura permitiria a percepção de “*outro leques, outros caminhos*” (E6ps). Pareceu uma estratégia eficaz para as famílias ficarem alerta em casos de abuso sexual, ao poderem conhecer em primeira mão histórias reais, que também poderiam acontecer com elas.

No decorrer dos GF, são compartilhadas as “situações-problema” de cada família, de umas com as outras, e do conhecimento dos riscos e das possibilidades de prevenção. É uma atividade coletiva que vai adquirindo dinâmica própria: “*Então como a gente está ali no grupo, o grupo obviamente vai auto se ajudando e vai percebendo também*” (E6ps). Embora o objetivo do GF não é que as famílias tragam os seus problemas, acontecem inevitavelmente revelações de histórias, o que gera a criação de laços de solidariedade entre os membros do grupo: “*Eu me lembro que essa avó (...), ela chorava muito no grupo e existia momento de muita união no grupo, de muita solidariedade no grupo*” (E6ps).

O GF é concebido pelos profissionais como um complemento necessário ao atendimento psicoterápico da criança que visa o engajamento da família no processo de transformação de atitudes e comportamentos. “*Para a família, simplesmente, não vir e trazer,*

*ser atendida individual e voltar*” (E3as). Em geral o GF recebe uma avaliação explícita positiva dos profissionais do Sentinela/Recife. Um argumento a favor seria que quando o familiar participa, gera uma percepção positiva na criança sobre o compromisso do adulto com a sua recuperação.

Também, atribui-se ao GF um impacto positivo na atitude violenta de algumas mães para com os seus filhos: *“E às vezes têm mães que participam e até deixam de bater nas crianças. A gente trabalha com certo sucesso. Então varia muito, depende de cada caso”* (E4ps). Entretanto, foi relatada outra situação em que um GF acerca de violência de gênero contra a mulher teve um impacto negativo nas famílias e, algumas delas, tiraram os seus filhos do Centro e não voltaram mais. Interpretou-se que aquelas mulheres eram agredidas por seus companheiros e estavam em situação de dependência econômica com eles. Em consequência, não assimilaram bem a discussão no GF de um tema sensível que gerava tensão e conflito em suas vidas.

O GF é aberto para que venham tantas pessoas de cada família quanto seja possível: *“quanto mais o número de pessoas daquela família puder vir, pode vir para o grupo”* (E3as). Mas, geralmente só comparece um representante de cada família. A periodicidade da sua realização é mensal, por conta das limitações financeiras das famílias. Assim, atribui-se à restrição gerencial de vales-transporte a explicação para o nível importante de absentismo no GF (costuma comparecer no GF metade das 60 famílias que, de média, têm crianças em atendimento no Serviço).

Há uma preocupação franca com o problema do absentismo (chamado *“evasão”*). E outras explicações também foram apontadas a respeito. Como, por exemplo, a questão (considerada) cultural, a irresponsabilidade das famílias e a resistência ao atendimento daqueles casos encaminhados pelo Conselho Tutelar. Para enfrentar esse problema, a assistente social uma vez apresentou um GF explicando a temática do Conselho Tutelar, que

visou desconstruir tópicos a respeito. Assim, acredita-se que a queda do absentismo no GF em 2007 deveu-se à melhora na escolha dos temas de discussão.

#### **7.1.1.7 Palestras de prevenção**

O trabalho de prevenção à violência no Sentinela/Recife começou em 2002, coincidindo com o início do funcionamento do Centro. Considera-se que todos os membros da equipe técnica do Sentinela/Recife “fazem a prevenção”, entendendo-se por isso o repasse eventual de informações-chave sobre violência para pessoas que a solicitam ou demonstram precisá-la, no Centro. Entretanto, dois educadores sociais são os responsáveis diretos por executar o eixo da prevenção previsto no Plano Municipal, através de oficinas e palestras em instituições diversas.

As palestras são atividades de prevenção, nas quais o técnico interage com o público e transmite informações com o apoio de material de vídeo ou transparências. Cada educador social pode realizar em torno de oito a dez palestras por semana. No relato desses técnicos, ficou claro que estes são momentos especiais para lidar com a população. Neles oportunizam-se situações de sensibilização, de revelação, de detecção e também de encaminhamento e denúncia de casos de violência, que serão analisadas a seguir.

As palestras de prevenção estão destinadas tanto a organizações governamentais como a não-governamentais, escolas públicas ou privadas, creches, empresas. O público-alvo também é diversificado e vai desde crianças a partir dos 7 anos, adolescentes, profissionais, pais e responsáveis, até idosos. É orientado que as organizações formem grupos de público mais homogêneos possíveis. Pois, o conteúdo, a metodologia e a duração das palestras têm um desenho diferenciado de acordo com a especificidade de cada grupo.

No caso das crianças, trabalha-se em grupos de 20 a 25, e com uma duração nunca superior a uma hora e meia. Há o entendimento de que, a partir dos sete anos, as crianças começam a ter capacidade para compreender o que é uma situação violenta, sendo preciso educá-los para saberem reconhecer situações de abuso, violência ou negligência, ensinando-os a saberem procurar ajuda.

Também, a pedido de algumas escolas, são realizadas palestras para grupos de pais. Certa vez, uma escola procurou o CERCA para a realização de palestras de prevenção porque foi detectado pelos responsáveis da instituição que lá estava existindo um problema de violência entre os alunos. No caso, realizaram-se palestras com as crianças, turma por turma, visando “*explicar quais são os direitos, os deveres. Fazer a questão da prevenção*”. Para depois abordar os pais e “*explicar mais ou menos o que está acontecendo na escola*” (E5es). Nessas atividades com os responsáveis das crianças, os técnicos de prevenção costumam esbarrar em uma resistência muito grande com a questão da violência física, por conta de fins presumidamente pedagógicos:

...a gente sabe que essa questão da palmada os pais sempre alegam isso: “– mas a palmadinha tem que existir”. Não é, mas porque tem que existir? Porque eles, os pais, pai e mãe ou responsável aprendeu já com seus pais que a palmadinha também é uma boa forma de educar (E5es).

Diante dessa resistência, avalia-se que o técnico fica numa situação complicada para discutir a violência. Para contornar essa situação, um técnico argumenta que a palestra tem que ir além do simples repasse de informações e conta que elaborou uma estratégia de um bate-papo inicial com os pais, prévio à palestra, em que realizava certas perguntas que sutilmente iam levando os pais/responsáveis para a reflexão que ele queria suscitar.

Aí eu começo assim a questionar as pessoas: “– O que é violência? O que você acha que é violência? Um assassinato? É morte? É um roubo? É bater?”. Normalmente as respostas são essas. Mas aí eu começo a questionar. “– Mas o que é que se torna a violência? Uma chinelada? Você pegar um galho de goiabeira e bater nas pernas, nas canelas do seu filho é uma violência? Um grito é uma violência?”. Aí começo a fazer este jogo, né, de pergunta e resposta. Aí começo a perguntar também se a palmada: “– O que é que eu, fulano sendo um pai, sendo uma mãe, o que é que eu ensino para este jovem na hora que eu bato nesta criança? O que é que ela aprende com esta palmada? A ser boazinha, a ficar quietinha ou a ser mais violenta? Aí na hora de educar uma criança, um adolescente, o que é que seria melhor? Seria bater – que é a famosa pancada –, ou privá-la de algo que ela gosta? O que é que é bom para nós? Não é melhor você, entre aspas, perder alguns minutinhos de sua vida, dois minutos, três, cinco minutos, e começar a conversar com este jovem, trocar algumas idéias, né?, educar na conversa do que bater. Porque a gente sabe que se o jovem, se a criança, se o jovem ele não tiver aquela liberdade, digamos assim, de conversar com o pai e com a mãe, ele vai para a rua para conversar. Ele vai procurar outro amigo. E nós sabemos que as amizades, nem todas elas trazem boa influência. E mesmo aquela boa influência, né?, se o jovem tem alguma dúvida a informação que ele absorver não vai ser completa. Vai ser sempre em pedaços e quem pode nos garantir de fato que estes pedaços de informação vão ser realmente boas para a formação deste jovem?” (E5es).

Assim, as sessões de prevenção com os responsáveis têm um marcado caráter de sensibilização. Espera-se que a pessoa saia da palestra se questionando: “– *eu estou sendo um bom pai, estou sendo uma boa mãe? O que é que eu estou fazendo com meu filho? O que é que eu estou fazendo para o meu filho?*” (E5es). Com estes questionamentos, confia-se que os responsáveis tentarão “*ao longo do tempo, ao longo dos dias mudar a metodologia de educação do seu filho*” (E5es).

Para reforçar esta mudança de atitude, os técnicos também informam a respeito das conseqüências das diversas formas de violência a partir de casos reais atendidos no CERCA. É preciso considerar que os educadores sociais, apesar de não realizarem atendimento, mantêm contato com o restante da equipe técnica diretamente envolvida no atendimento das vítimas e suas famílias. Assim, o conhecimento de casos reais, transmitido através de

conversas informais entre profissionais e nas discussões de grupo, também pode ser socializado nas palestras de modo a causar um maior impacto em certos públicos-alvo.

As formas de violência mais invocadas pelos responsáveis nas palestras são a física, em primeiro lugar, e a sexual, depois. A negligência raramente aparece e a violência psicológica só vem à tona quando o técnico leva à reflexão: *“que um grito é uma violência, né? uma brincadeira de mau gosto, ou então um apelido. Certo? Eu faço este jogo para as pessoas se aperceberem”* (E5es). Com relação à identificação de autores de violência nas palestras, podem acontecer duas situações:

a) que pessoas que cometem violências venham a se identificar publicamente. Aqui, costuma acontecer que o autor de violência se identifica porque ele assume positivamente a sua ação de agredir: *“– Eu bato porque eu aprendi isso, meu pai e a minha mãe faziam isso comigo e eu acho que é certo.”* (E5es).

Então a gente tenta abordar de outra forma para não ser é tão violento com ele. Nós com ele, né? Para não pressioná-lo nem tanto, para isso. Mas aí a gente pode, a gente tenta trabalhar de uma forma para informá-lo que aquilo é um tipo de violência que nós podemos denunciar de alguma forma, que a comunidade já tá sabendo, não é. A gente tenta trabalhar isso de uma forma não tão agressiva (E5es).

Os educadores sociais aplicam técnicas diferenciadas de convencimento dos autores de violência, identificados em função da gravidade da situação, e de acordo como esta é percebida por eles. Nos casos percebidos como de violência leve ou moderada, como a famosa *“palmadinha (...) que a gente realmente percebe que vai com a intenção de tentar educar”*, a estratégia consiste em tentar conversar com aquela pessoa e tentar convencê-la da necessidade de mudança de prática “educativa”. Procura-se explicar as consequências dos seus atos para o desenvolvimento da criança/adolescente e que *“se questione, para que dali ele perceba que é uma coisa que não vale a pena. Que tá indo no caminho errado”* (E5es).

Já diante de casos mais graves de violência física ou negligência, o técnico procura utilizar argumentos mais persuasivos, informando do risco da pessoa ser denunciada à polícia, caso continue com essa atitude. Os esclarecimentos aos pais e mães acerca das conseqüências da violência, especialmente para o agressor (a punição), deixam alguns deles surpresos, incrédulos diante da notícia de que maus-tratos podem dar cadeia (E7es). Mas, quando o técnico percebe que os seus argumentos não conseguem persuadir o responsável, por vezes, em algum caso, este tem chegado pessoalmente a denunciar o agressor.

Então tive, eu tive realmente por uma questão de obrigação minha, entendeu? De denunciar. E nesse caso foi com uma jovem, era uma mãe já, mas só que uma mãe muito jovem. Na época, se eu não tiver enganado, ela tinha por volta de 19 anos. E disse claramente, claramente, que batia no filho de 3 anos. Entendeu? E não era de hoje – claro, naquela época – que não era recente a questão da violência e tava cometendo um crime. E justificava que o filho não entendia, que chorava muito e que queria silêncio, queria um pouco de paz e batia no filho. E batia forte, no filho. Isso ela revelando para todo mundo entendeu? E vi que o que eu falava para ela, para ela e para o grupo não estava mais funcionando. Então, vi a necessidade que depois dali tinha realmente a necessidade de fazer a denúncia contra essa pessoa (E5es).

b) A outra situação é quando uma pessoa é identificada como autor de violência, mas permanece em silêncio.

Mas pelo jeito, pela atitude que ela tem no grupo você termina percebendo, sem querer, mesmo sem querer você termina se apercebendo que a pessoa está se sentindo incomodada com aquela conversa. Aí você começa a perceber que ela pode ser uma agressora (E5es).

Esses casos não costumam gerar interação posterior com o técnico. Mas, por vezes, os responsáveis presentes à palestra, diante de problemas emocionais do filho decorrentes de violência, podem procurar informar-se melhor sobre o funcionamento do CERCA para eles mesmos encaminharem seus filhos ao tratamento das seqüelas.

De forma semelhante, as palestras também oportunizam a detecção de vítimas de violência, que normalmente são encaminhadas para o Centro ou para outros serviços. Assim, outra educadora social mencionou já ter entrado em contato com diversas adolescentes que *“sofreram abuso, que sofreram violência sexual, e até estupro mesmo”* (E7es). Na ocasião, a técnica questionou se a jovem que tinha sido estuprada, se já havia contado para a própria mãe, se obteve suporte dela e se deram queixa na delegacia. E a técnica repassou todos os telefones do CERCA. Mas o caso não chegou ao Centro. Outra vez, uma das monitoras da escola explicou a esta técnica a história de uma menina explorada sexualmente pelo seu avô, que a oferecia aos vizinhos e que a criatura já estaria com DST. Quando as pessoas vêm para contar casos que estão acontecendo em casa, na escola ou na comunidade, os técnicos informam do poder da denúncia e dão esclarecimentos de como pode ser feita, de forma anônima.

Finalmente, colocamos mais duas situações que foram contadas em que pessoas presentes às palestras de prevenção anunciaram publicamente ter participado, no passado, de dinâmicas de violência doméstica, ora como vítimas, ora como agressores.

a) há quem foi vítima de violência familiar no passado e faz uma revelação pública do que aconteceu com ela, desabafando e soltando a angústia acumulada em todo esse tempo.

b) há quem se identifique como antigo agressor que deixou de bater porque ele mesmo percebeu que estava causando mal à criança *“e adotou outra metodologia de ao invés de bater, conversar. Ai o próprio responsável coloca, já colocou, pra gente, que isso mudou, assim, a ligação entre eles, né, pai e filho, responsável, e mudou para muito melhor”* (E5es). Esses casos espontâneos vêm a somar com os esforços dos técnicos, legitimando assim, a proposta transformadora da palestra diante dos outros responsáveis.

### **7.1.2 Práticas no Serviço de Psicologia da Policlínica**

Como mostramos anteriormente, as psicólogas que realizam mensalmente orientação aos familiares que acompanham as crianças/adolescentes no Sentinela/Recife podem encaminhar tais parentes para atendimento psicológico quando se percebem traços “*que não tão facilitando no processo da criança e do adolescente*” (E3as). Nesse sentido, há consenso de que, em certas situações em que há idéias preconcebidas muito difíceis de mudar, o atendimento aos familiares não pode se restringir a uma simples orientação. Demanda de um atendimento mais elaborado. De forma mais clara:

...porque é uma situação realmente cultural, quando você vê, é cultural mesmo, aí você sente essa (...) questão na fala dos pais, quando a gente escuta. Aí é o momento de você encaminhar também, porque o meu trabalho só com a criança não vai fluir (E6ps).

#### **7.1.2.1 Atendimento psicoterápico individual a familiares**

No atendimento psicoterápico aos familiares adultos responsáveis pelas crianças/adolescentes vitimadas pela violência também é adotada a Terapia Breve Focal (TBF). Na TBF “*o paciente se compromete junto com o terapeuta a estabelecer um tempo para solucionar a sua problemática*” (E2ps). Mas o terapeuta procura acelerar esse tempo através das dinâmicas de grupo terapêutico e com a reflexão.

O trabalho psicoterápico individual visa o fortalecimento da questão emocional dos pais e a mudança de atitudes e comportamentos, trabalhando especialmente o reforço do vínculo terapêutico: *Eu considero sempre que psicoterapia é uma reeducação. É uma forma de reeducação. Porque a reflexão leva à criação de novo estilo de vida* (E2ps).

Na primeira sessão, a psicóloga escuta, primeiro, um familiar. Na segunda sessão, escuta ao cônjuge (caso haja). E, na terceira, chama ao casal e a criança para observar as afinidades corporais no triângulo familiar:

...aí dá para perceber como eu vou naquela dinâmica em termos de desempenho corporal desta criança. Eu fico muito atenta a qual é a atitude corporal dela em relação àquele pai ou àquele mãe (E2ps).

Dessa sessão em diante, a terapeuta restringe o atendimento a apenas um familiar e pede para o casal escolher qual deles é que vai continuar na terapia. Na opinião da psicóloga, quem *“tem mais disponibilidade de tempo é quem entra nesse processo terapêutico”*. Geralmente é a mãe quem fica. A única exceção foi um pai que, nas entrelinhas, expressou o desejo de continuar no atendimento após a terceira sessão. No decorrer do atendimento individual as mães também são inseridas em um grupo terapêutico junto com outras mães (aquele pai não participou) e os atendimentos individuais e em grupo vão se sucedendo alternadamente a cada semana.

Cabe destacar a avaliação feita por algumas profissionais do Sentinela/Recife, para quem a oficialização do fluxo de atendimento psicoterápico na Policlínica a familiares (adultos) de crianças e adolescentes vítimas de violência tem um bom conceito: *“está sendo ótimo, a parceria está sendo ótima (...) Foi uma parceria assim, por acaso, que chegou por acaso, que foi ótimo (E6ps). “No atendimento (...) está sendo assim, excelente (E3as).* O motivo de tanta satisfação deve-se a que, anteriormente, havia dificuldade por encontrar vagas no Serviço de Psicologia de Adultos. Além disso, o trabalho de Atendimento psicológico de familiares estaria dando retornos positivos ao funcionamento do Serviço:

...na questão família, que é uma demanda que a gente não estava sabendo para onde encaminhar. Né e estava sendo muito difícil e com uma psicóloga aqui atendendo na família o número de evasão também diminui bastante (E6ps).

Também há um reconhecimento da consecução do fortalecimento psicológico dos familiares atendidos, o qual estaria facilitando o enfrentamento de processos judiciais e aliviando o processo terapêutico das vítimas: “*E ela está (...) adorando (...). Ótimo! E o atendimento está sendo tão bom, assim, ela melhorou muito*” (E6ps).

Nesses três meses de atendimento, 29 familiares iniciaram o tratamento, mas alguns foram abandonando. A terapeuta explica esta situação assim: “*depois que vão para ações judiciais elas esbarram um pouco nesse acompanhamento, né. E eu sempre costumo dizer assim: – vamos dar o tempo que elas necessitam*” (E2ps). Além disso, o sucesso terapêutico também estaria condicionado pela consciência e disponibilidade do paciente em colaborar.

Este novo atendimento psicoterápico a familiares das vítimas trata-se de uma experiência nova que deve ser analisada com interesse, mas também com cautela, por conta do seu caráter incipiente. Por enquanto, deverá ser concebida como um apêndice, um suplemento ao trabalho do Serviço Sentinela/Recife.

#### **7.1.2.2 Grupos terapêuticos de familiares**

Os grupos terapêuticos de familiares são compostos, na sua maioria, por mães e avós das crianças atendidas no Serviço Sentinela/Recife. E considerados uma forma de intervenção complementar ao atendimento individual aos adultos, permitindo atingir certos resultados, que, de outro modo, não seriam alcançados.

Então, se ela não estiver num processo terapêutico, principalmente de grupo, porque o individual nestes casos não há escuta, não funciona 100%. Se não tiver uma dinâmica do

grupo, não interage, não tem retorno, não há reflexão. É preciso ter um grupo, a formação do grupo para que a coisa aconteça. O acolhimento, a compreensão, a mudança de vida, como é a proposta dela o tempo todo (E2ps).

Por ser terapêutico, posteriormente não é aceita a entrada de novos membros, o que poderia interromper a confiança estabelecida entre os pacientes e o terapeuta. E quando as pessoas ingressam no grupo é reforçado que o façam na sua condição de pessoas, não de mães.

Então, o filho e a filha vêm sempre à tona. Mas quem está ali, terapeuticamente, sendo trabalhado é a pessoa, não a mãe. (...). Então, aí está o indivíduo em si. Ele está cuidando de si. Cuidando-se. (... ) ali o objetivo maior é o cuidar-se. É o que eles estão fazendo enquanto terapia (E2ps).

No grupo, as pessoas contam as suas histórias de vida, as suas vivências na infância, na fecundação, com os filhos etc: *“é uma forma de socializar toda esta tendência enquanto família e enquanto problemáticas individuais”* (E2ps). Utiliza-se a prática da bioenergética, onde se trabalha a dinâmica corporal, e a representação corporal de vivências pessoais e familiares.

Que acredito que no grupo se não houver uma dinâmica física, corporal, o grupo não emplaca, não é? Porque só a verbalização não é suficiente para diminuir a angústia, diminuir o sofrimento, né, das vivências críticas deste tipo de atendimento. E é justamente nesse momento em que as pessoas passam as suas necessidades e as das suas famílias também (E2ps).

A prática terapêutica em grupo demonstra-se útil para vencer as resistências de pacientes que enfrentam processos judiciais contra autores de violência. São casos em que a paciente se culpabiliza por ter que fazer terapia, enquanto o agressor está solto. Nesse caso,

*“o grupo funciona porque quando entra no grupo, entende que não é a única pessoa que está naquela situação. Então a identificação funciona como facilitador”* (E2ps).

A dinâmica da ação coletiva do grupo também leva à colocação pública da vida pessoal dos pacientes. Daí se gera um movimento conseqüente de compreensão reflexiva de si mesmo e de empatia com os outros.

É. Porque a reflexão vem em cima do colocar-se no lugar dele. “– Eu já vivi essa situação. Ou eu nunca vivi essa situação e porque que eu não protegi, porque que eu não defendi”. Entre outras situações, né, esta é uma das mais específicas que são colocadas no grupo. E que a reação é forte (E2ps).

Nesse ponto, o grupo se constitui numa fonte de observação privilegiada para o terapeuta. E os problemas psicológicos desses adultos, que nem sempre estavam claros no atendimento individual, vêm à tona, pelas identificações. Assim, o grupo tem permitido compreender como algumas pessoas, em situações difíceis (por necessidade, por carência, ou por situação socioeconômica) se tornaram negligentes ou coniventes com situações de abusos e maus-tratos.

O seguinte passo é a avaliação das conseqüências, na qual a reflexão tem um peso importante. Finalmente, vem a colocação do desejo e a verbalização do compromisso pessoal e coletivo para a mudança de vida, *“para que essa mãe leve esta experiência por si só e retome a sua própria vida. Formalize uma nova dinâmica familiar, tenha a oportunidade de pôr em prática o aprendizado ou a vivência daqui”* (E2ps).

### **7.1.3 Práticas no programa de saúde mental**

O processo de atendimento no Programa de Saúde Mental (PSM) para crianças e adolescentes apresenta algumas particularidades com relação ao atendimento no Serviço Sentinela Recife. Dentre outras, pode-se apontar que no PSM é dada uma atenção psicológica diferenciada às crianças com relação aos adolescentes, havendo uma psicóloga específica para cada faixa etária, que adiante veremos, organiza grupos-famílias separados. Entretanto, há algumas semelhanças entre as formas de intervenção de ambos os programas, que serão facilmente reconhecíveis no decorrer deste trabalho. Analisamos a seguir o levantamento detalhado destas práticas, as quais oportunizam também a detecção e tratamento de muitos casos de violência contra crianças e adolescentes.

#### **7.1.3.1 Grupo de acolhimento**

O grupo de acolhimento é a primeira forma de intervenção por onde passam todas as pessoas que procuram o PSM para atendimento psicológico. Quem o dirige é a assistente social do PSM. Basicamente consiste num grupo que permite à profissional manter um contato inicial com as crianças/adolescentes e seus responsáveis, realizando uma identificação geral das problemáticas, a partir da qual será feita uma triagem inicial. Nessa triagem, os casos poderão ter os seguintes desdobramentos: a) se for identificado que é um caso confirmado de violência, é encaminhado para o Serviço Sentinela; b) se for considerado que é uma problemática que não se coaduna com a necessidade de um atendimento estritamente psicológico, a profissional realiza uma orientação e encaminha para o setor ou instituição (de saúde, educação, serviço social, esporte) que achar mais adequado; c) se for considerado que é

uma problemática de saúde mental, encaminha para a psicóloga de crianças (até 12 anos) ou a de adolescentes (de 12 até 18 anos) do programa.

As atividades do PSM são organizadas por temporadas anuais. No primeiro semestre (de fevereiro a junho) são abertos os grupos de acolhimento, a partir dos quais os pacientes são encaixados nos atendimentos individuais e grupais organizados pelas psicólogas. É, portanto, o tempo de preenchimento das vagas para aquele ano. *“De julho em diante é muito difícil você admitir um caso novo”* (E10as), pelo fato de que não funciona mais o grupo de acolhimento. As pessoas que procuram atendimento no segundo semestre são convidadas a procurar o Centro em fevereiro do ano seguinte, onde, através do grupo de acolhimento, serão encaixados (ou não) no programa.

Como ocorre no Sentinela alguns adolescentes podem chegar sozinhos no atendimento. Mas *“no começo da triagem, e até para entender todo o trabalho e a importância da família, a gente sempre solicita mais os pais”* (E10as).

Para os casos que são avaliados como adequados pela assistente social e ingressam efetivamente no programa, realiza-se marcação de consulta com a psicóloga, que faz uma entrevista inicial. Logo depois o caso volta para a assistente social que realizará o preenchimento da ficha social, antes de iniciar o processo terapêutico.

### **7.1.3.2 Orientação e avaliação dos casos**

Quando o caso é encaminhado para a psicóloga iniciar o atendimento, já começa a se distinguir um tratamento diferenciado entre o oferecido às crianças e aos adolescentes. As crianças e seus responsáveis são convidados a participar de um grupo de orientação dirigido apenas pela psicóloga de crianças: *“aonde a mãe vem com a criança e fala um pouco da*

*problemática sem entrar em detalhes da vida da criança. Mesmo porque é em grupo, há uma certa em se manter um certo sigilo ainda”* (E9ps).

Então nesse primeiro contato a psicóloga recolhe os dados gerais da criança e faz o agendamento para um período de avaliação. Neste processo, que dura de 4 a 10 sessões, acontecerá o atendimento em grupo de mães com suas crianças, no qual se pretende que a psicóloga obtenha um *psico-diagnóstico* do caso. Ou seja, uma visão mais precisa da *problemática* da criança, que permita definir como que é que vai conduzir o caso daí em diante. Em alguns casos são prescritos encaminhamentos para setores especializados de saúde (fonoaudiólogos, psiquiatras ou neuropsiquiatras), sendo que a carência desses profissionais na rede é sentida como uma dificuldade muito grande.

No caso dos adolescentes, antes de dar início ao atendimento psicoterápico, a profissional realiza alguns atendimentos individualizados com cada um dos responsáveis pelo(a) jovem. *“Faço entrevista individual com cada pessoa da casa, com a mãe, com o pai, com a família. Todas as pessoas que eu preciso e que posso trazer, a gente conversa”* (E8ps).

A finalidade dessas entrevistas é estabelecer laço de parceria com os responsáveis e outros possíveis atores presentes na vida doméstica/familiar do adolescente, de modo que possam trazer subsídios ao atendimento, que deverá prolongar-se nos meses posteriores. São considerados *“parceiros (...) aqueles familiares que a gente consegue trazer para o cordão”*. De um modo estratégico, considera-se que se o/a adolescente abandonar eventualmente o programa, tais parcerias podem ser ativadas para tentar trazê-lo de volta. Também os parceiros são considerados peças-chave na mobilização de outros membros da família no sentido de colaborarem em prol do atendimento do/da adolescente.

Às vezes é a mãe, o pai bêbado, bate, mas aí a mãe tem uma sensibilidade. Aí é com esta mãe que a gente vai trabalhar mais. Puxando o pai também, que ela já pode puxar o pai. É mais

difícil a gente chegar e dizer: “Seu fulano de tal, venha”. Ele não vem. Mas se a mãe sensibilizar, através dela a gente pode trazer o pai, pode trazer outras pessoas, entende? (E8ps).

De um modo geral, nas sessões de orientação e avaliação os pais são lembrados da importância do seu próprio comportamento no equacionamento do problema do filho. Seja para dar continuidade ao tratamento no programa, seja para estabelecer uma comunicação mais tranqüila e afetuosa com eles:

Mas a gente diz aos pais que eles têm um papel fundamental no tratamento, que têm que estar interligados com a gente.

(...)

Porque tem queixas que eles chegam aqui e que é assim, porque é uma expectativa muito grande de quem vem trazendo uma criança e um adolescente, que a gente vá solucionar aquele problema, aquela dificuldade. Mas também muitas vezes aquela dificuldade está associada ao comportamento deles mesmos, dos pais. Ou de quem cuida e muitas vezes eles sentem dificuldade de perceber isso. Ou mesmo de ceder em algumas questões. Entendeu? Aí a gente trabalha também eles também, né? de dar, de respeitar a individualidade também daquela criança, daquele adolescente. De escutar também, não só usar de autoridade ou o dito poder, mas saber que é importante a questão do afeto, a questão do contato, a questão do beijo, a questão do abraço (E10as).

Em certos casos de violência física, os profissionais da saúde mental realizaram uma conscientização daquele parente de que a sua atitude “*só vai gerar mais agressividade*” na criança. Contudo, considera-se que estes não são casos graves de violência física (“*não uma violência física a nível do que o projeto Sentinela atende*”), e é exemplificado com “*aquela mãe que gosta de bater no filho porque está muito nervosa ou porque, enfim, está desempregada, não tem o que comer*” (E9ps). Já se referindo a um caso de maus-tratos de um pai contra uma criança de três anos, a assistente social declarou:

...na realidade a terapia, o acompanhamento vai ser muito mais com os pais do que com o menino propriamente. Porque têm certas abordagens que com ele, com um menino de três anos, ela não vai poder fazer com ele. Vai ser muito mais produtivo trabalhar os pais para poder lidar com aquela criança (E10as).

### 7.1.3.3 Visita domiciliar

No programa de Saúde Mental, realiza-se visita domiciliar de modo semelhante à feita pelo Sentinela/Recife. Por um lado, procura-se conhecer o cotidiano da criança. No caso dos adolescentes, a psicóloga freqüentemente acompanha a assistente social nas visitas domiciliares. Pois, costuma ter interesses concretos em conhecer o cotidiano daquele jovem.

Uma psicóloga do PSM relatou um caso emblemático em que a visita domiciliar permitiu desvendar o caso de um pai que pretendia forçar a filha a entrar em estado de surto. Naquela situação, o grau de isolamento da adolescente em casa condizia com a sintomatologia apresentada.

Aí eu fui lá ver onde que estava a casa. Uma casa, uma prisão. Olha um muro da ALTURA! [*ênfase*]... , uma casa paupérrima!!!, aí o muro da altura para ninguém se aproximar. Esta menina ele botava numa redoma. (...)

Teve um surto na menina, surto, que ele inventou. Entendeu? Aí a menina disse – “Não, olhe eu estou assim porque ele vendeu meu computador que era o meu amiguinho, meu filhinho, a única pessoa que eu tinha”. Quer dizer, se ela falou assim no meio do povo, o povo vai dizer assim: “Essa menina é louca”, não é? Dizer que o computador é um filhinho e o meu amiguinho, é doida. Mas, na realidade era o amiguinho dela mesmo porque ela não tinha nenhum outro tipo de contato com ninguém porque o pai dela não deixava. (...)

[Ela ficava] Presa!!! [*ênfase*]. A única coisa que ela podia fazer era ficar no computador. Aí o pai vendeu e entrou em surto. Ela não estava em surto, ela estava REVOLTADA!!! [*ênfase*] (E8ps)

Em alguns casos, a assistente social também realiza visitas institucionais às escolas, visando estabelecer um contato mais próximo com a professora do paciente e procurando trazê-la também para o CERCA.

Como no Sentinela, a visita domiciliar também é ativada automaticamente quando são verificadas três faltas não justificadas no atendimento. Nesse caso, se a pessoa não for contatada ou não voltar ao atendimento, é definitivamente desligada do Centro: *“a gente não tem como garantir a vaga de uma pessoa indefinidamente. Se outras pessoas estão precisando, né?”* (E10as).

#### **7.1.3.4 Atendimento psicoterápico**

1) As crianças que passaram pelo processo de avaliação e continuam no programa entram em uma atividade de psicoterapia grupal, que terá duração de seis meses. Nesses grupos participam um máximo de oito crianças e as suas respectivas mães. São fechados e costumam a não encaixar mais casos, pois são grupos terapêuticos. Para o ingresso, a psicóloga coloca uma exigência: *“que a criança só será atendida se a mãe se comprometer a vir com a criança”*. Porque o alvo da intervenção é fazer *“uma reestruturação desta maternagem, deste vínculo mãe e criança”* (E9ps).

Vale dizer que quando a psicóloga sente a necessidade pode individualizar o atendimento ora com a mãe, ora com a criança. Mas a estrutura do atendimento prevalecerá predominantemente em grupo.

A abordagem adotada mistura a escuta clínica com a sócio-psicomotricidade de Ramontier, que consiste em um método totalmente pedagógico das questões psicomotrizas da criança e que inseriu uma escuta analítica. Aqui a psicóloga conjuga técnicas grupais com técnicas corporais, na qual, além de relaxamento, é trabalhada também a questão de atenção

interiorizada, permitindo às crianças desenvolverem uma consciência corporal da qual muitas vezes carecem. A psicóloga também destacou a importância de sensibilização das mães através da re-vivência da sua própria infância, como o fator terapêutico mais importante:

...à medida que elas vão sendo é, digamos assim, tocadas, sensibilizadas, trabalhadas, elas vão trazendo a própria criança dela, não é? Porque quando você faz uma terapia você não tem como, é... não deixar aparecer a criança, mesmo num adulto, uma criança que foi ferida, ou a criança que foi feliz também [*referindo-se ao ser-criança que o adulto carrega na sua psique*]. Então, eu acho que o fato de oportunizar isso é o que dá, assim, melhores resultados. É o que dá melhor resposta (E9ps).

O espaço do atendimento psicoterápico em grupos de mães e suas crianças demonstra ser altamente profícuo para a promoção de ambientes familiares seguros e saudáveis. Pois, as mães que terminam o tratamento “*elas saem com uma outra visão*” e têm “*um novo olhar sobre a relação pai, mãe, filho. Sobre como educar, sobre como dar limite, sobre como é importante é... pedir ajuda fora*” (E9ps). A psicóloga, além disso, estimula as mães a converterem-se em multiplicadoras nas suas comunidades.

E elas, eu converso muito para que elas, já que estão tendo esta oportunidade de fazer uma terapia, eles sejam transformadores. Como é isso? Se o vizinho, se a sua vizinha está maltratando o filho converse com ela. Procure passar um pouco do que você vivenciou com esta aprendizagem para outras pessoas. Com uma irmã sua, para uma vizinha (E9ps).

2) Os adolescentes que entram no Programa de Saúde Mental não recebem atendimento psicoterápico grupal, somente individual. Este tipo de intervenção é bem semelhante ao atendimento oferecido no Sentinela/Recife. Pois, utiliza-se a mesma estratégia da Terapia Breve Focal (TBF), em que se procura focar o atendimento para algum problema concreto em um prazo de avaliação de seis meses. Contudo, é feita a ressalva de que “*na saúde mental nem sempre dá. Eu tenho menino que já está desde a época que eu cheguei. Eu*

*cheguei em 2003”* (E8ps). A intervenção da psicóloga tenta interromper a reprodução da violência de geração em geração, através da psicoterapia.

Se a gente intervém e consegue cortar o momento da repetição e ainda, neste momento, a repetição, a gente consegue que o indivíduo, ao invés de repetir, transforme, esse é o pulo do gato (E8ps).

### **7.1.3.5 Grupos-familia**

Como já foi apontado, cada psicóloga do Programa de Saúde Mental organiza pessoalmente o seu próprio grupo-família, separadamente. Esses dois grupos-família têm em comum que a sua realização é mensal, têm um formato socioeducativo e estão abertos a qualquer membro do grupo familiar, especialmente aos “parceiros”:

...“pode vir a mãe, o pai, os avós, a madrinha, o vizinho que fica com a criança ou a vizinha que gosta da criança, se interessa e quer participar. Ampliando este núcleo familiar da criança” (E8ps).

Mas, cada um apresenta as suas próprias dinâmicas e especificidades. No grupo-família dos responsáveis das crianças é trabalhada uma primeira parte de sensibilização e uma segunda parte de repasse de informações, que costuma ser sobre o desenvolvimento da criança, as etapas do desenvolvimento etc. Além disso, neste grupo-família também é realizada avaliação (em público) em relação ao quadro evolutivo das crianças: *“se debate também questões a respeito das crianças daquele grupo porque é um grupo de avaliação para mães também”* (E9ps).

No grupo-família dos responsáveis dos adolescentes realizam-se sessões de sócio-drama, nas quais se aplicam técnicas psicodramáticas, visando empatizar com a adolescência dos seus filhos.

Então, assim: “vamos ficar no lugar deste filho, como é que está a relação de vocês? “Está assim”. “Então pronto. Quem é que vai ser o filho de fulana?” Escolho uma pessoa para ser seu filho. Aí vem o filho (E8ps).

Também se realizam atividades de “*viagem mental*” à adolescência daqueles responsáveis: “*como é que eles viveram isso, como é que eles entendem isso, como é que eles podem intervir*” (E8ps).

Na opinião da psicóloga responsável, o sócio-drama aplicado não chegaria a ser psicoterapêutico, senão socioeducativo. Pois “não é tão profundo” e como acontece apenas uma vez por mês não implica em “*um processo, uma continuidade de tratamentos*” (E8ps). Ademais, as sessões são realizadas, amiúde, com a presença dos filhos pequenos acompanhando as mães, o que seria um empecilho para que o grupo tivesse um formato psicoterapêutico, pois divide a atenção da terapeuta e das pacientes.

Além disso, um empecilho para a realização de atendimento psicoterápico em grupo no CERCA seria que a sala onde se realiza o grupo-família tem o som vazado: “*Isso é totalmente contraproducente*” (E8ps). Para poder trabalhar com o grupo-família, a psicóloga liga o ar condicionado, que faz um forte barulho e liga ainda o aparelho de som “*numa altura que as pessoas [de fora] escutam, mas não sabem o que está se passando (...) E dentro a gente tem que prestar atenção um no outro, porque às vezes tem que dizer mais de uma vez*” (E8ps). Esta informação foi confirmada mediante observação participante do pesquisador, em que foram constatadas as precárias condições de isolamento acústico da referida sala.

Em qualquer caso, o grupo socioeducativo, argumenta-se, é terapêutico também na medida em que traz informação capaz de propiciar a mudança de comportamentos. Assim, trabalha-se também uma pedagogia sobre os limites que as mães têm que impor a seus filhos adolescentes. Considera-se que o grupo gera uma troca de visões sobre determinados problemas, facilitando a assimilação dos conteúdos repassados. A profissional reflete como nessas oportunidades percebe-se profundamente como *“os pais eles são tão abandonados quanto os filhos (...) eles foram tão violentados quanto às vezes que eles violentam até sem a consciência de que estão violentando”* (E8ps).

Para a profissional que trabalha com adolescentes, a contribuição desses grupos ao tratamento é considerado *“fundamental”*. *“Sem esse grupo eu não consigo tratar ninguém. Sem esse grupo eu não consigo fazer absolutamente nada”* (E8ps).

#### **7.1.3.6 Inserção social e monitoramento de adolescentes**

As crianças e suas mães atendidas no Programa de Saúde Mental obtêm a alta a partir do atendimento psicoterápico e do grupo de família, no final do ano. Já no caso dos adolescentes, o programa prevê um período mais dilatado no qual se efetuam encaminhamentos para outros serviços e instituições e um monitoramento mensal. Visa-se, com isso, a inserção social na comunidade, a partir da qual acontecerá o desligamento definitivo do Centro.

A inserção comunitária e o monitoramento são atividades concebidas como uma forma menos brusca do programa dar alta aos casos, evitando a criação de vínculos de dependência, oferecendo possibilidades de emancipação e descongestionando o fluxo da demanda no Centro para a chegada de novos casos.

Esse trabalho é feito pela assistente social e pela psicóloga, que em meados de cada ano começam a se mobilizar, realizando visitas institucionais para se articular com outros serviços. “*Então a gente está sempre buscando parceria para melhorar o atendimento ao usuário e a qualidade dele mesmo assim, de vida*” (E10as). Mas, há um cuidado especial em observar a disponibilidade de vagas e o bom funcionamento dos centros.

Porque a gente também não vai mandar para qualquer lugar. Tem lugar que pode ter mil vagas e eu não vou mandar porque eu sei que não funciona. (...) A gente gasta muito tempo, muito esforço e muita hora extra e muita saúde mental da gente (E8ps).

Dentre os encaminhamentos mais procurados estão os grupos de escoteiros, a oferta de atividades esportivas e a realização de cursos de reforço escolar, cursos de informática e cursos profissionalizantes, nos quais, às vezes, as mães também são inseridas: “*que a gente sabe que o emprego realmente efetivo é difícil*” (E10as).

Posteriormente à inserção de um caso em determinado serviço, a psicóloga e a assistente social ficam monitorando aquele adolescente nos encaminhamentos por seis meses, de fevereiro a julho, período após o qual é dada a alta definitiva.

Então, uma vez no mês vem alguém da família, ou a família, o pai, a mãe, quem puder, e o adolescente. Para a gente saber se aquele encaminhamento, qual o resultado daquele encaminhamento (E8ps).

(...) as questões que eles passam, tanto psicológicas, emocionais, familiares e até estruturais mesmo, dificuldade de vida mesmo, é, dificuldade socioeconômica mesmo, então assim, a gente procura ver como é que eles estão conseguindo lidar com estas questões, além da violência (E10as).

Vale dizer que esta estratégia de encerramento prolongado, que é diferenciada do PSM em relação ao Sentinela/Recife, traz uma vantagem preciosa, permitindo aos profissionais

sondarem, seis meses após o recebimento do atendimento psicoterápico intensivo, qual a evolução dos adolescentes e suas famílias. E esta, precisamente, é uma das carências mais sentidas no Sentinela/Recife, pelos seus próprios profissionais, que não realizam um acompanhamento posterior dos casos:

...e aí o que eu sinto falta e escuto o que todo mundo coloca aqui, que é você não ter este contato pós (...) Não ter este retorno. (...) Uma amarração, digamos assim. Acho que para eles também. (...) É. Como é que ficou? Se realmente foi bom? Compreende. Até que ponto foi? (E7es).

#### **7.1.4 Ausência de atendimento psicoterápico ao grupo familiar da vítima**

Apesar da fantástica constelação de práticas de intervenção adotadas nos dois programas do CERCA, os seus profissionais negaram realizar atendimento psicoterápico ao grupo familiar concreto de cada vítima. Há uma consciência explícita entre alguns profissionais de que esse foi um horizonte considerado, mas nunca pôde ser alcançado.

Porque a gente pensa como um trabalho ideal com a família, trabalhar aquele núcleo familiar, né, o grupo-família, várias pessoas daquela família, para ver a questão daquela criança e adolescente.

(...)

Que o bom, do grupo-família, seria o grupo família daquela criança, né. Você trabalhar aquele grupo com que aquela criança convive. Fazer com todas as pessoas (...) Aí foi quando a Suely [pesquisadora da FIOCRUZ] veio e ela disse que isso seria interessante, né. E isso também a gente tinha visto também, quando a gente estava lendo algumas coisas (E3as).

Porém, tal perspectiva é apresentada como inviável devido às dificuldades financeiras das famílias, que não teriam recursos que garantissem a presença de todos os seus membros no atendimento. Nesse quesito, a restrição gerencial com relação à disponibilização de vales-

transporte para as vítimas e suas famílias é colocada como uma insuficiência estrutural que dificulta enormemente o acesso ao Centro para muitas famílias.

Outra limitação estrutural apontada é a questão da disponibilidade escassa de profissionais para realizar atendimento ao grupo familiar das vítimas. Esta dificuldade, aponta-se, nem sequer teria permitido aos profissionais do Centro idealizarem a proposta de atendimento ao grupo familiar da vítima.

Não têm, a gente não têm estruturas para fazer isso. Não é, porque aí o grupo de família, a gente reúne o maior número de familiares, mesmo um, né e a gente faz esse grupo. Se a gente fosse fazer com 60 que a gente tem, essa dinâmica, né, com uma única assistente social, a gente não iria conseguir fazer esse trabalho, não é? Então a gente parou na proposta, nem iniciou. Foi uma coisa que a gente pensou. Né, não foi nem para o papel. Foi quando a gente começou a discutir como ia ser a dinâmica desse grupo. E parou nessa história mesmo de ser grupo que quanta família puder participar, participe. Né, e a gente sempre diz: “– Ó, o pai, a mãe, a avó, a tia, quanto mais o número de pessoas daquela família puder vir, pode vir para o grupo”. Mas, geralmente só vem uma única pessoa (E3as) [*o grifo é nosso*].

Vemos então, que, como alternativa, o conceito de família é trabalhado no formato do grande grupo de família que reúne simultaneamente representantes das 60 famílias atendidas por semestre. Por sua vez, a periodicidade mensal do grupo-família também seria uma resultante da adequação ao contexto institucional de escassez de vales-transporte:

...como não é possível, a gente faz o grupo-família como a maioria das pessoas fazem, né (...)  
Esse encontro ele é mensal, né, por conta das condições socioeconômicas das famílias.  
Infelizmente ele é mensal. E ele não é de um jeito que a gente pensava que ele fosse (E3as).

Em suma, o grupo-família teria resultado de uma adaptação, uma otimização entre a vontade de trabalhar o grupo familiar e as possibilidades reais de efetivação desse trabalho, tendo em conta os recursos e os efetivos disponíveis.

No entanto, o argumento sobre as limitações de pessoal, para o que nos interessa, não resulta tão convincente. Pois, idealmente, quem deveria realizar atendimento ao grupo familiar da vítima deveriam ser integrantes da área da saúde mental e, na citação anterior [grifada], a própria assistente social é que se colocou como quem iria dirigir tais atividades, alegando ser a única profissional disponível.

Em outro momento foi explicado que uma psicóloga que já trabalhou no Sentinela/Recife teve a iniciativa de planejar a realização de um *grupo operativo* entre familiares. De acordo com ela, tal grupo, que “*ia ser o grupo-família*”, não era mais definido como socioeducativo, mas psicossocial, e teria um caráter “*um pouco terapêutico*”. Por conta disso, o grupo operativo foi idealizado como fechado (nos moldes do grupo terapêutico que é realizado no Serviço de Psicologia de Adultos da Policlínica). Mas na época objetou-se que a rigidez do seu formato não se coadunaria bem com a dinamicidade das altas e baixas no atendimento no Centro, a qual já seria outra questão.

Só que o grupo operativo não foi muito bem aceito porque a gente já tinha quase 70 crianças em atendimento. Tinha esse grupo de pais. E no grupo operativo, na proposta que ela queria, não poderia inserir mais ninguém. Teria que ser criado outro grupo operativo, entre os pais novos que fossem chegando (E3as).

Em qualquer caso, a proposta, apesar de julgada interessante, “*não andou porque a psicóloga que pensou, saiu*” (E3as). Mas, com relação ao que nos interessa, cabe supor que a carga horária daquela psicoterapeuta no atendimento individual às vítimas não iria ser empecilho para a execução de tal projeto. Caso contrário, ela não teria feito o planejamento.

Outra dificuldade para a realização de trabalhos psicoterápicos em grupo no espaço do CERCA foi apontada por uma psicóloga do Programa de Saúde Mental (PSM). A profissional em questão argumentou que ela já fez um projeto-piloto de um grupo terapêutico com as mães atendidas no PSM, utilizando técnicas psicodramáticas. Só que essa atividade foi realizada no

seu consultório, gratuitamente, pois as condições acústicas da sala de grupo do CERCA não seriam as mais adequadas.

Aqui a gente não tem o ambiente adequado nem para atender [*ênfase*] os meninos. (...) que é uma sala de dinâmica de grupo que é vazada, que se escuta as coisas do lado de fora, que eu tenho que colocar um som mais ou menos alto para poder conversar com as pessoas. Isso é totalmente contraproducente.

**Se houvesse condições (...) mais adequadas, vocês...**

Com certeza, com certeza. Era muito bom, mas eu não tenho condições de fazer isso aqui.

**Então as suas limitações são a necessidade de sonorização da sala ?**

A principal limitação é não se dar...

(...)

Totalmente vazado o som. A gente não trabalha sem sigilo, né? Sigilo é o ponto fundamental, não existe sigilo. Falta de sigilo em atendimento psicoterápico ou psicológico é uma vida que você vai expor (E8ps).

Por conta desse problema, o projeto-piloto desta profissional nunca foi levado ao CERCA. E não teve continuidade lá fora, pois a profissional argumentou que não tinha como atender gratuitamente e de forma permanente no seu consultório.

## **7.2 PERFIL DE EXPERIÊNCIA E CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS**

No momento em que se realizou o trabalho de campo desta pesquisa, os profissionais que trabalhavam no CERCA tinham um perfil experiente na função que ocupavam. A média do tempo de trabalho no Centro para os dez profissionais entrevistados foi de 4,3 anos, sendo que, cinco deles começaram a trabalhar no momento da sua inauguração, em 2002 (há seis anos atrás).

Cabe salientar que a profissional incumbida de atender prioritariamente na Policlínica os familiares (adultos) das vítimas de violência estava realizando esta tarefa oficialmente há apenas três meses. Porém, fazia três anos que ela trabalhava na Policlínica realizando atendimento psicológico a todo tipo de adultos – fossem encaminhados pelo CERCA ou não. Se considerarmos esse período mais prolongado nesse caso, a média de anos de experiência do grupo aumentaria ainda mais: para 4,6 anos/profissional.

É relevante que diversos profissionais citaram ter experiências prévias de trabalho em outras organizações, nas quais tiveram contato com casos de violência. Dois profissionais passaram pelo Centro Dom Helder Câmara (ONG CENDHEC) (E1co, E4ps), uma delas realizando estágio de atendimento a crianças abusadas sexualmente antes de trabalhar no CERCA. Mais duas profissionais (E2ps, E10as) já trabalharam em Conselhos Tutelares, fazendo parte das equipes técnicas desses órgãos:

(...) como eu trabalhei durante três anos no Conselho Tutelar, então eu trabalhei, eu atendia casos, assim, de violência física, de abuso sexual, lá. Eu fazia visita domiciliar, eu já fui para audiência de destituição de pátrio poder, entendeu? Eu já tive ameaçada, entendeu? (E10as).

Além disso, uma psicóloga trabalhou previamente como assessora de Saúde Mental no Programa de Saúde da Família da Prefeitura do Recife, ocasião na qual visitou muitas comunidades pobres e conheceu de perto as condições de vida das famílias que nestes lugares moram (E8ps). Finalmente, outra psicóloga recorreu a um estágio na universidade como relato de experiência prévia, na qual se deparou com o desafio de atender duas crianças abusadas sexualmente (E6ps).

Observa-se como nos profissionais da psicologia há uma estreita associação entre os seus conhecimentos e capacitações anteriores e as abordagens teórico-metodológicas adotadas nos atendimentos no CERCA. Assim, por exemplo, uma psicóloga realizou especialização em

bioenergética, na França, conhecimento que aplica na realização de grupos terapêuticos e no atendimento psicoterápico individual a familiares-adultos (E2ps). Na saúde mental, uma psicóloga aplica conhecimentos em técnicas psicodramáticas (E8ps) e a outra aplica a sociopsicomotricidade de Ramontier (E9ps). Tais conhecimentos foram adquiridos também mediante especialização universitária. Outra profissional aprendeu na universidade – no nível da graduação – a aplicação de *tests* psicológicos, sendo monitora por dois anos da disciplina de “técnicas de exame psicológico”. E “*isso de certa forma também me ajuda muito no atendimento aqui*” (E6ps).

No tocante ao tema capacitação, houve uma resposta diferenciada entre os profissionais do CERCA. Somente os profissionais da equipe do Serviço Sentinela mencionaram ter recebido capacitações acerca de violência. Precisamente, uma profissional do Programa de Saúde Mental enxergou que o fato da equipe do Sentinela estar realizando um atendimento direcionado exclusivamente a vítimas de violência se torna possível apenas mediante a qualificação profissional. Ou seja, através da realização de capacitações e a participação em seminários específicos para tal fim (E8ps).

A primeira capacitação que os profissionais do Sentinela/Recife receberam foi executada pelo Governo do Estado de Pernambuco, em 2002, logo no início das atividades do Centro, na qual participaram todos os trabalhadores contratados pelo Programa Sentinela. Na opinião de uma profissional, aquela capacitação não foi muito direcionada para a questão da violência, senão bastante tangencial com relação ao tema.

As capacitações mais destacadas pelos profissionais foram as realizadas pelo CENDHEC. Uma delas foi direcionada aos profissionais do Sentinela Recife. E outra posterior, em 2006, esteve dirigida a todos os Serviços Sentinela dos municípios de Pernambuco, na qual também participaram os novos membros da equipe técnica de Recife naquela época. Estas capacitações abordaram aspectos teóricos – como a história da criança

no Brasil, o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente e o Estatuto da Criança e do Adolescente. E houve também módulos diferenciados para as tarefas profissionais do educador social, da psicóloga e da assistente social. Nesse saber-fazer (*know-how*) que foi repassado, contemplou-se o atendimento psicológico mediante terapia breve focal, a organização de grupos-família, a realização de encaminhamentos, a articulação com as instituições que compõem o sistema de garantia de direitos e a realização de palestras e oficinas de prevenção.

Há indícios na fala de uma profissional de que a terapia breve focal, que é a estratégia de intervenção psicoterapêutica utilizada no Sentinela/Recife, tenha sido adotada por conta da sua utilização no CENDHEC.

(...) a Psicoterapia Breve Focal surgiu no Centro de referência a partir de como é que a gente ia atender crianças e adolescentes vítimas de violência. (...) Então começou. Aí parou naquela questão. Como é que vai ser esse atendimento? Vais ser atendimento... clínico, em psicologia? Que a criança vai ficar no atendimento até... o infinito, ou vai se estabelecer um tempo. Né, então a gente começou a conversar, a falar com outras pessoas que já estavam atendendo Eee... novamente a gente se reportou ao CENDHEC, que já vinha com esse trabalho de psicoterapia há muito tempo. E lá eles estavam trabalhando com a psicoterapia breve focal (E3as).

Os profissionais do Sentinela/Recife conceituaram positivamente estas capacitações do CENDHEC. Por exemplo, uma psicóloga reconheceu que foi muito proveitosa e “*abriu muito o leque*” (...) *eu fui assimilando o máximo que eu pude sugar ali daquela capacitação (...), os encaminhamentos, como é que faz tudinho, isso me ajudou bastante, isso me deu uma luz tremenda*” (E6ps). Outra profissional considerou: “*achei bem legal, acrescentou bastante*” (E7es).

Os profissionais também lembraram de outras capacitações, como uma realizada na Casa de Passagem, por uma ONG chamada ARCA, em 2006. Naquela capacitação havia

outros participantes, além dos profissionais do Sentinela/Recife. E o foco foi mais transversal, tocando em temas como cidadania, racismo, etnia, violência doméstica etc. Mas uma profissional considerou que: “*não foi muito interessante não, uma perda de tempo (...) e não foi muito atrativo não*”.

Uma profissional também lembrou vagamente de capacitações que foram ministradas por uma enfermeira e professora da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, da Universidade de Pernambuco (FENSG-UPE) e outra que aconteceu no Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP). Mas não soube explicitar o conteúdo nem o aproveitamento daquelas capacitações (E3as).

Além disso, o próprio CERCA realizou uma capacitação para a sua própria equipe (incluindo o pessoal de apoio). A mesma visou qualificar os trabalhadores do Centro, especialmente os da equipe de apoio, sobre qual é a postura correta num centro de atenção a vítimas de violência. Foi motivado, dentre outras coisas, em função da observação do comportamento de um dos motoristas do Centro, que “*quando ele via meninas na rua ele buzina*” (E3as). A capacitação também tocou questões como os tipos de violência e trabalhou a importância do sigilo e da discrição nos âmbitos do CERCA com relação às vítimas. Nesse sentido, focou-se a recepção como um espaço que merece uma atenção especial por parte de todos os profissionais, de modo que no local não seja verbalizado que tipos de violências cada criança sofreu nem que psicólogas atendem a quem, visando que as crianças não sejam identificadas, muito menos estigmatizadas.

Houve um amplo consenso entre os entrevistados em elogiar a postura do então coordenador do Sentinela/Recife, que manteve uma política de inserir rotativamente todos os profissionais do Serviço em seminários, eventos e palestras relacionados com a problemática da violência que viessem a acontecer na cidade.

Um dos seminários mais recentes, do qual participaram três membros do Sentinela/Recife, foi organizado pelo Conselho Municipal de Direitos da Infância e da Adolescência de Recife (COMDICA), que tratava sobre o ECA e era dirigido especialmente para conselheiros tutelares. Em 2004, o CERCA organizou um seminário, no qual foram trazidos palestrantes de fora de Pernambuco e houve a participação de pessoas do todo o Estado. Em outra ocasião, rememora-se como um pessoal da Itália realizou um seminário junto com o Consulado Italiano e acabou doando ao CERCA umas bonecas especiais para fazer ludoterapia com crianças abusadas sexualmente, através da intermediação de uma ONG de São Paulo (E4ps).

Finalmente, cabe acrescentar que há um posicionamento gerencial no CERCA favorável à aprendizagem permanente da equipe técnica. Essa vontade se traduz na realização, a cada quinze dias, de um grupo de estudo para todos os membros da equipe técnica, no qual são lidos e discutidos livros e textos relacionados ao tema. Em decorrência destas experiências, os profissionais da equipe Sentinela demonstram uma atitude flexível e permeável a posicionamentos teóricos diversos, o que pode ser interpretado como uma postura receptiva ou, talvez, assertiva diante da proposta de novos procedimentos.

“E neste decorrer do ano, do período, dos anos, a gente correu atrás de tudo que tem. Tudo que tem seminário, capacitação, voltado para a violência contra a criança e o adolescente, livro, não-sei-o-que, bá, bá, bá, a gente está no meio, está inserido. Para estar vendo o que está mudando. Até porque conceito, as outras pessoas, a gente entende de um jeito aí vem uma outra pessoa que estudou agora e vê de outro jeito. Para a gente ver também, fazer o nosso conceito” (E3as).

### 7.3 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS

Antes de adentrarmos na análise das representações sociais dos profissionais, é preciso que nos detenhamos em considerar a heterogeneidade da equipe técnica face às suas funções laborais e aos seus públicos. No Centro pesquisado há uma reconhecida divisão do trabalho, que faz com que as tarefas de atendimento sejam executadas pelas psicólogas e assistentes sociais, enquanto as de prevenção recaiam sobre os educadores sociais. Esse detalhe é importante, pois estes últimos não têm senão um contato periférico e pontual com as famílias atendidas no Centro:

...na maioria das vezes no contato é mais o que: mais na recepção, ou então nas festividades que nós montamos aqui com os usuários. Por exemplo, Dia das Crianças, Carnaval, Natal, que aí a gente tenta convidar todos os usuários e suas famílias, aí a gente tem um contato maior. (E5es)

Ora, os educadores sociais também desenvolvem um certo olhar sobre as famílias com dinâmica de violência, pois semanalmente estão em contato com as suas companheiras de atendimento, que socializam as suas experiências e opiniões em reuniões de equipe e grupos de estudo. No geral, percebe-se uma convergência entre as representações sobre a violência, sobre os autores de violência e sobre as famílias das vítimas, entre estas categorias de trabalhadores. Mas, ao mesmo tempo levantam-se diferenças sutis. Pois os educadores sociais têm um contato muito próximo com as famílias que assistem às suas palestras. Estas, não necessariamente padecem de dinâmicas de violência, embora muitas morem também nas comunidades carentes da cidade.

Também é percebido um olhar diferenciado das profissionais do Programa de Saúde Mental (PSM) com relação às do Serviço Sentinela/Recife. Profundamente marcado justamente pelo atendimento indiferenciado a toda uma demanda (crianças e adolescentes

com distúrbios ou problemas de comportamento) que chega invariavelmente das comunidades pobres da cidade.

Entre esta demanda, destaca-se o atendimento tanto de vítimas não identificadas de violência quanto de jovens infratores (na sua maioria, adolescentes). Estes últimos são jovens em privação de liberdade, encaminhados pela Justiça, porque a equipe de atendimento psicológico do centro de ressocialização em que se encontram não tem capacidade suficiente para realizar atendimento psicoterápico individual a todos os internados que precisam (E10as).

Entre estes casos, os profissionais destacaram o de um adolescente de 16 anos que abusou sexualmente de uma criança de 4 anos e o da *“menina que mandou matar o pai”*. Mas também, e de modo genérico, lembrou-se que já atenderam *“menino que já teve preso, que saiu da prisão”* (...) e *“meninos que aperta o pescoço de um pintinho (sic), que pega a peixeira e dá no cachorro”* (E8ps).

Finalmente, os profissionais do atendimento do Sentinela/Recife destacaram-se por demonstrar um entendimento mais aprofundado sobre a questão da violência. Em sintonia com a sua maior qualificação, decorrente das capacitações que receberam, bem como do estudo de casos continuado para poder atender à demanda no Serviço, caracterizada justamente por concentrar os casos mais graves de violência que chegam ao CERCA.

### **7.3.1 Representações sobre a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes**

O atendimento no Serviço Sentinela/Recife está marcado por uma preponderante maioria de casos de violência ocorridos no seio da unidade doméstica ou do grupo familiar. Consoante com essa realidade, os profissionais do Serviço, e por extensão do CERCA, parecem circunscrever as suas representações ao ditado que *“a mão que afaga é aquela que violenta”* (E4ps).

Entretanto, são diversas as nuances que os profissionais argumentam acerca das diferentes violências, de acordo com a sua natureza física, psicológica, sexual ou de negligência. Nos seus depoimentos se manifesta um saber-fazer lavrado entre as experiências no atendimento e os conhecimentos adquiridos por estudo/capacitação e que apontam para um entendimento diferenciado sobre a etiologia dos fenômenos violentos.

### **7.3.1.1 O desafio da violência sexual**

A maioria dos casos atendidos no Sentinela/Recife é de abuso sexual. Entre as psicólogas do Serviço há consenso em colocar a violência sexual (especialmente, os casos de estupro) como o tipo de violência mais grave, mais complexo e mais problemático de se tratar no atendimento, em comparação com as outras formas de violência. Várias circunstâncias convergem para essa valoração:

1) o atendimento de casos de violência sexual demanda maior tempo, por conta das “seqüelas” psicológicas na vítima, que são mais graves, mais contundentes. À problemática da apropriação indevida do próprio corpo agrega-se o agravante de que quando o abusador é o responsável, é mais doloroso para as vítimas:

“A criança que vem para o atendimento vítima de violência ou abuso sexual, ela realmente tem uma culpa enorme, um nojo terrível de seu corpo, de repente ter se permitido, ou ter deixado que o pai, ou mãe, o tio lhe acariciasse ou lhe fizesse coisas e o da violência física, psicológica não, né?” (E6ps).

2) diante da ineficácia e lentidão do processo na Justiça, a criança/adolescente vitimada por violência sexual sente indignação e medo. Pois o autor do abuso ainda anda solto e a vítima ainda não conseguiu demonstrar publicamente que o que falou era a verdade.

*“Então... a questão de Justiça aí atrapalha um pouco, né? o andamento do nosso trabalho”*

(E6ps). Assim, as vítimas e suas famílias costumam ter uma expectativa muito grande de que o agressor seja punido. Mas, como na maioria dos casos não se chega a esse desfecho, o seu sofrimento e o seu sentimento de culpa são ampliados, podendo produzir-se uma estagnação e até uma involução do tratamento (E1co; E10as).

3) Os familiares responsáveis não-abusadores (quase sempre, as mães ou avós), costumam sentir-se culpadas e/ou deprimidas, podendo demandar também encaminhamento para atendimento psicológico ou psiquiátrico. Para as que estiverem vivenciando um processo judicial contra o autor da violência, o acompanhamento é indicado para fortalecê-las emocionalmente. Entretanto, *“a obrigatoriedade do acompanhamento psicoterápico é visto como uma punição”* (E2ps). De acordo com uma psicóloga, algumas pacientes adultas testemunharam:

- Aconteceu isso e eu que tenho que passar por atendimento psicológico (...).
- Quem cometeu o delito foi ele e quem está sendo punida sou eu.
- Eu não sou louco, eu não sou louco, eu não tenho o que fazer em um psicólogo. Quem cometeu o delito foi outro e sou eu que estou aqui (E2ps).

4) A revelação da situação de abuso intrafamiliar, amiúde, leva à separação dos cônjuges (quando um deles é o abusador: *“e que tem famílias que se desestruturam em função disso”*) e a uma conseqüente desestabilização da economia familiar. A fragilização econômica pode desaguar numa re-unificação do casal, por conta da situação de dependência da mulher, e ao abandono do tratamento no Centro. Outros responsáveis-abusadores, uma vez separados, não querem manter mais vínculo com a vítima, nem responder pela responsabilidade legal por sua alimentação: *“mas também não quer arcar com aquela parte legal, a despesa financeira, teria que manter e tal. Que acha: “– ah, já que eu não posso ter contato de ver, também não tenho que manter”* (E10as).

5) Também foram mencionadas situações em que acontecem tentativas de “separação do vínculo”, mas o abusador permanece no lar. *“Porque não tem para onde ir, não foi determinada pelo juiz a saída nem nada (...) Fica aquela de separado dentro de casa”* (E10as). O que também pode levar à re-unificação do casal e à “evasão” do serviço. Desse modo, em certos casos, a equipe pode descobrir que abusador permanece no domicílio da vítima e essa informação é encoberta no serviço. A suspeita deve ser confirmada mediante visita domiciliar da assistente social e esta pode desencadear uma comunicação ao Conselho Tutelar (E3as).

a gente sabe que às vezes é difícil garantir um ambiente seguro para a criança que é abusada todos os dias. Porque nem sempre o pai consegue sair. Nem sempre a gente consegue até que a mãe denuncie alguma coisa (E8ps).

Então, em alguns casos realmente é recomendada a separação do agressor da vítima. E outros, dependendo do caso, do que for, pode até se contornar a situação também. Porque também há a dificuldade das famílias, de um tio, de um avó ou de alguém querer ficar com as crianças. Entendeu? (E10as).

6) Quando o caso ainda não foi denunciado, o temor dos familiares responsáveis de que as vítimas sejam estigmatizadas na comunidade como *“as meninas abusadas pelo pai”* (E6ps) pode inibir os mesmos de realizar uma denúncia contra o familiar autor do abuso sexual. Esse fator, conceituado como uma *“questão social”* pode demandar atenção especial por parte da psicóloga, reforçando a necessidade da denúncia.

7) No atendimento de meninos (masculino) abusados sexualmente, há a questão do tabu da homossexualidade, que é uma clivagem de pensamento mais complicada que a psicóloga precisará trabalhar com a criança e com os seus familiares: *“É porque existe também a questão de família, né? A família também fica colocando algumas coisas: “Ah!*

*você é bichinha, vai ser não sei o que... isso tudo...*”(E6ps). Note-se que o tabu, o preconceito e o estigma da homossexualidade no caso é inculcado e reforçado no próprio seio familiar.

8) Outro desafio coletivo é o de desmascarar denúncias falsas de abuso sexual motivadas por conflito conjugal. Embora tenha sido relatado que as denúncias falsas de abuso sexual aconteceram no passado, no início do funcionamento do serviço.

Porque eles estavam separados por N motivos que eles não deram certo e ela arrumou esta forma de prejudicar, entendeu? É uma problemática difícil de ser trabalhada, né? até a questão da revelação (E3as).

9) o abuso sexual infanto-juvenil gera consternação e indignação, especialmente quando o profissional realiza um movimento empático de se colocar no lugar da parente responsável da vítima: *“Ah!, se fosse comigo, não sei o que é que eu fazia!! Dá essa revolta”* (E3as). Essa empatia leva a defender uma postura de punição, de responsabilização judicial das pessoas que cometem abuso: *“Elas deveriam pagar porque é crime. Eu entendo perfeitamente que é crime e elas têm que pagar pelo crime que elas cometeram”*, (...) *“a única coisa que a gente tem é a Justiça para punir e acabou-se”* (E3as).

10) A questão da etiologia do abuso sexual gera certo enigma no profissional. A sua necessidade explicativa, diante da incerteza que o problema gera, o leva a considerar também que se trata de uma patologia, a pedofilia, que precisa ser trabalhada, evidenciando o vazio na rede de atenção para essa clientela.

Eu queria muito que essas pessoas elas não fossem só punidas, entendeu? pela Justiça. (...) Mas elas também precisam ser trabalhadas. Teria que ter atendimento psicológico. Alguém que teria que se dispor a estudar este grupo para saber de onde é que vem isso (E3as).

### 7.3.1.2 A violência física como questão cultural

Contrariamente ao que acontece com a violência sexual, que gera estupefação e incerteza, a violência física é mais fácil de entender e conceber por todos os profissionais do CERCA. Embora não seja justificada, a sua etiologia é comumente associada pelos profissionais a questões relativas a dificuldades econômicas ou de trabalho dos pais. Mas, recorrentemente, aparece ligada a um sentido pedagógico e disciplinar para educar os filhos, sendo assim legitimado pelos próprios familiares. O problema da violência física é percebido, assim, como uma questão cultural, de toda a sociedade, que é reproduzida no seio das famílias, e é aprendida e transmitida de geração em geração: *“A gente saiu de uma sociedade (...) muito patriarcal e os pais tinham o direito e o poder de meter uma varinha nos filhos, digamos assim. Até o professor tinha”* (E9ps).

Para os educadores sociais, que têm um contato muito próximo com os moradores de comunidades carentes, a violência física *“já está incluída no processo de educação dos jovens”*. Tal assertiva ficaria patente nas conversas com as pessoas presentes às suas palestras: *“isso é a fala normal, cotidiana destas pessoas”* (E5es).

Assim mesmo, os profissionais demonstram a convicção de que a violência gera violência e não seria a forma mais adequada para as pessoas resolverem os problemas de disciplina dos filhos. De acordo com uma profissional da saúde mental, um pai de uma criança quis justificar o castigo físico disciplinar, argumentando que essa foi a educação que recebeu do seu próprio pai:

*“Quando ele não obedecia, qualquer coisinha sentia na pele e (...) ele acha que é o correto (...). E querendo comparar até que existem muitas pessoas no presídio [ênfase] daquele jeito porque não levaram a surra necessária antes para não chegar lá(...). E ele se acha que é um cidadão muito estruturado, muito padronizado, que deu certo* (E10as).

Nos casos de agressões, as psicólogas colocam em evidência a necessidade de “*conversar mais com esse pai e com essa mãe duas ou três vezes, né? do que com a própria criança*” (E6ps). Essas orientações podem levar a psicóloga a encaminhar o responsável para atendimento psicoterápico individual quando sentem “*na fala dos pais*” que há uma questão realmente cultural que vai fazer com que a intervenção só com a criança “*não vai fluir*” (E6ps).

Quando a violência é explicada por um aprendizado inter-geracional, de pais a filhos, e conceitualizada como “*uma questão cultural*”, ela não é essencializada como um monólito inquebrantável e invencível. Senão que pode ser enfrentada mediante a reflexão e o desejo de mudança e transformação pessoal dos responsáveis: “*Porque a partir do momento que você vê que sua mãe ou o seu pai teve uma atitude com você que não foi certa e você está buscando isso para os seus filhos, você começa a mudar. Você começa a ser uma pessoa diferente*” (E3as).

Contudo, a violência física, “*quando as mães batem nos filhos*”, é expressa como das mais difíceis de obter-se sucesso. Porque costuma haver uma “*resistência ao tratamento*” (E4ps). Pois este é imposto pelo Conselho Tutelar. Essa resistência é traduzida numa “*dificuldade de vir para a terapia, de vir conversar com a gente*”. Entretanto, reconhece-se que também se obtêm um “*certo sucesso*” com a participação de mães no grupo-família: “*às vezes têm mães que participam [do Grupo Família] e até deixam de bater nas crianças*” (E4ps).

Uma diferença interessante entre as representações de violência física e violência sexual aparece quando a própria criança afirma que foi vítima de violência. Nesse caso, os profissionais acreditam nela. E essa crença é incondicional quando se trata de abuso sexual. Pois de acordo com o depoimento de uma profissional, os casos induzidos de violência sexual em crianças/adolescentes são praticamente inexistentes. Diferentemente dos casos induzidos

de violência física, que os profissionais têm mais propensão a investigar: “a *violência física* ela é bem mais induzida. A chegar e dizer, a chegar e a gente investigar” (E3as).

### **7.3.1.3 Violência psicológica e negligência**

Tanto a violência psicológica quanto a negligência são considerados pelos profissionais questões graves que podem deixar uma marca profunda na criança/adolescente, seja na sua psique ou no seu próprio corpo.

Que eu já vi casos de um responsável não dar banho no próprio filho. Certo? E no couro cabeludo deste filho já tinha orifícios e neste orifício ter, é, é, bicho, larva dentro do próprio couro cabeludo do jovem. Isso aí para mim já é uma coisa grave (E5es)

Os casos de violência psicológica costumam estar embutidos em outras formas de violência e raramente aparecem isolados. Entretanto, e de forma reveladora, diversos profissionais lembraram de um mesmo caso em que a violência psicológica aparecia em uma família com poder aquisitivo alto. Nesse caso a raiz do problema é identificada em um processo tenso de separação conjugal e que leva a uma manipulação da criança: “(...) a gente percebe que é um brinquedo de pai e mãe, um querendo destruir o outro”. São “pais que discutem muito em casa [e o Conselho Tutelar] encaminha para cá, né?” (E6ps).

No tocante à negligência, este foi o tipo de violência intrafamiliar menos citada, explicitamente, nos depoimentos dos profissionais da Sentinela/Recife. Como exceção, uma profissional explicou em detalhe um desses casos. Tratava-se de uma mãe extremamente negligente, cujo atendimento revelou que o seu comportamento, de fato, reproduzia nos seus filhos a negligência e rejeição que a sua própria genitora e a sua família infligiram a ela quando criança (E2ps).

#### 7.3.1.4 Violência no entorno social

Se houve uma propensão maior dos profissionais do atendimento do Sentinela em falar sobre as diversas formas de violência intrafamiliar, entre os educadores sociais e os profissionais da Saúde Mental, por sua vez, houve a coincidência em destacar também as condições de violência estrutural em que as famílias das comunidades carentes sobrevivem:

...o que é violência? Negligência é uma violência, o abandono é uma violência, não é?. Não ter escola é uma violência. Ter escola e não aprender!!! Porque tem crianças que na sétima série que não sabem ler e estão na sétima série. Também isso é uma violência muito grande. Tudo que a gente atende é violência.

(...)

...violência neste país já é nascer pobre. Nasceu pobre, numa favela, onde não se tem nenhum tipo de intimidade preservada, onde não existe a garantia – tem no papel –, mas não existe de fato, dos direitos básicos, né?, de alimentação, de moradia, de saúde.

(...)

...toda a criança que chega aqui ela é vítima de violência, sim. Violência pela sociedade desigual em que a gente vive, violência porque não tem alimentação, violência porque os pais não têm emprego, violência porque não tem comida. São todas crianças violentadas (E8ps).

Note-se que esta digressão não está apenas direcionada a explicar que as precárias condições de vida destas famílias oportunizam os abusos intrafamiliares. Senão que é como um guarda-chuva conceitual que abrange a todos os casos atendidos no PSM. Mas, se nas comunidades todos os moradores e seus filhos estariam expostos às mesmas carências, no serviço, chegariam apenas, entende-se, *“os que não conseguem, os que estão com dificuldade”* (...) *Porque não chegam aqui os que se deram bem*” (E8ps).

A violência, denunciada veementemente por esta profissional, também se expressa nas relações interpessoais na comunidade, altamente violentas, e nas interações acontecidas

dentro dos muros das escolas e institutos. Identifica-se, assim, o *bullying*, que estaria atingindo níveis altamente preocupantes.

Aí a gente tem uma escola altamente violenta, aqui já teve menino que, a gente teve uma menina aqui que a amiguinha brigou dentro da escola e disseram: a gente vai matar você. E mataram a menina lá dentro da escola! Quando ela saiu. Aí estes meninos continuam... (E8ps)

Percebe-se então, no discurso desta profissional, a idéia da circularidade da violência, perpassando os âmbitos estruturais, comunitários, institucionais e familiares em que as relações dessas crianças e adolescentes se inscrevem:

...então se o indivíduo mora numa comunidade altamente agressiva, violenta, se o pai bate na mãe, se na escola fazem corredor (...) Então, o que é que uma pessoa dessa aprende, não é? E o que é para ela a vida, o mundo? As relações, não é? Então, é difícil (...)Então assim, muitos chegam aqui se sentindo abandonados, né? Assim: você não presta, você é violento, né. (...) Mas às vezes a gente consegue realmente que o menino consiga se auto-valorizar. (E8ps)

Nessa teorização, permite-se ultrapassar a concepção de que a maioria dos meninos violentos atendidos apresenta meras patologias psicológicas, e aponta para um adoecer das suas relações e do seu entorno:

...é o contexto dele que adoecer. Normalmente quem adoecer são as relações, não são os indivíduos. Alguns indivíduos adoecem mesmo! Existem questões assim genéricas, que predisõem o indivíduo para determinadas doenças. E existem algumas coisas que são do indivíduo, mas normalmente, na maioria das vezes o que adoecer são as relações (E8ps).

Contudo, essa mesma profissional apontou para o caráter psicopático da “menina que mandou matar o pai”. Desafio este que não competiu apenas ao PSM, mas também ao serviço de psiquiatria ao qual foi encaminhada para a realização de exames.

### **7.3.2 Representações sobre as famílias atendidas**

Há um consenso no CERCA de que *“a família tem que ser trabalhada (...) porque se a família não andar junto, infelizmente a gente não chega a lugar nenhum”* (E6ps). As representações acerca da necessidade desta empreitada podem alternar-se entre um viés mais positivo para uns, quando a família é representada como essencial para o bom andamento do processo terapêutico, ou negativo para outros, quando esta não se envolve devidamente e é rotulada como *“uma dificuldade”* no atendimento.

Também trabalhar o grupo familiar pode ser enxergado como uma estratégia eficiente para alcançar resultados sustentados, evitando a reincidência da violência a longo prazo. Embora, deva alertar-se que esta representação surgiu de um educador social, que não realiza atendimento às vítimas:

Que além de trabalhar essa questão de violência tem que trabalhar também pela auto-estima do jovem e da família.(...) Principalmente da família. Porque depois que o jovem tiver uma melhoria quem vai segurar as pontas, quem vai segurar, dar uma arrumada na casa para dar uma boa orientação para estes jovens é o próprio responsável (E5es).

De qualquer modo, quais são as representações que os profissionais do CERCA fazem a respeito das famílias que atendem?

#### **7.3.2.1 Famílias normais e empobrecidas**

A princípio, e, em geral, os profissionais do CERCA não enxergam como diferentes as famílias atendidas das demais que compõem a sociedade. As famílias ditas “normais” são

percebidas também com seus problemas, conflitos e “*difícultores*” (sic), não havendo, portanto, solução de continuidade entre umas e outras.

Essa certeza é fortalecida com a reflexão de que a violência é um fenômeno que perpassa todo o corpo social, não deixando nenhum grupo imune à sua virulência. Um profissional argumentou que, “*de certa forma, todos nós somos vítimas de alguma forma de violência. Ou física ou psicológica ou em algum momento da vida da gente, né?*” (E10as).

De acordo com outra profissional: “*não há referência social, não há referência cultural (...). Porque pode acontecer como acontece em qualquer situação socioeconômica, independente do quesito raça-cor, independente de grau de instrução, de religiosidade*” (E2ps). Esta profissional ilustrou a sua convicção com o caso de uma mãe que era uma “*pessoa tão esclarecida, uma pessoa inclusive da área e que, né... permitiu o constrangimento dela, em todos os depoimentos dela é que ela percebia, mas não tinha coragem (...). Uma pessoa com esse perfil, com este tipo de visão foi negligente nesta situação*” (E2ps). Neste caso, a convicção no caráter “democrático” (sic) da violência vem mais de experiências anteriores de trabalho de uma profissional no Conselho Tutelar, onde frisa que já conheceu casos de violência em famílias bem situadas socialmente.

É digno de nota que uma psicóloga, quando questionada em virtude daquela categorização entre famílias ditas normais e aquelas com dinâmica de violência instaurada, refletiu que o que introduz certa diferenciação entre elas é justamente o fato de que estas últimas têm que sofrer um processo de intervenção psicossocial no Centro. Tal situação significaria expor a intimidade daquela família ao olhar invasivo dos profissionais. As famílias reagiriam adotando uma atitude defensiva no atendimento, muito fechada. Na opinião dela não deixa de ser normal e demanda um cuidado especial por parte dos profissionais (E6ps).

Pode se arrematar este raciocínio com o argumento de que a resistência e a diferenciação destas famílias decorrem do fato que a aceitação do atendimento significa para elas o reconhecimento público de que precisam de ajuda, e de que fracassaram no desempenho do papel de cuidadoras. Tal aceitação produziria um sofrimento extra nestas famílias, que chegam nos serviços com a auto-estima muito baixa:

...elas terminam tendo alguma particularidade porque elas próprias já começam a se diferenciar. Elas mesmas, por si só, já começam a se colocar como..., muitas vezes se diminuir. A se diminuir, a se rebaixar, né? e se esconder. Porque qual é a mãe, por exemplo. Por exemplo, qual é a mãe que gostaria de expor seu filho, que esse filho foi vítima de violência física? Qual é a mãe que gostaria de comentar com seus vizinhos e amigos que seu filho, que seu filho ou filha, foi vítima de violência sexual.

(...)

Mas este tipo de situação. Quer dizer, muitas vezes ela tem esta particularidade porque? Porque de repente não quer se expor (E5es).

Apenas uma profissional considerou que as famílias que sofrem violência se diferenciariam do restante das famílias por apresentar “*alguma coisa mais profunda, alguma coisa mais, mais anterior, que foi vivida (...), que ficou lá, que foi mal resolvida*” (E4ps). Significativamente, tratava-se de uma psicóloga.

Contudo, há um reconhecimento geral de que “*a maioria das famílias que vem a ser atendidas aqui no Centro, elas são pobres, né?*”. Esta realidade, se admite, é reflexo do fato que no Sistema Único de Saúde (SUS) apenas chegam as famílias de menor poder aquisitivo ou que não têm como ter acesso aos planos de saúde (E1co). Já outra profissional colocou que, eventualmente, pessoas “*com condições socioeconômicas até melhores*” chegam no Centro procurando atendimento<sup>27</sup> (E10as).

---

<sup>27</sup> No caso, essa situação é explicada por dois fatores: a) o programa de saúde mental realiza inserção laboral em certos cursos e, inclusive pessoas com condições “*têm dificuldade também de ter acesso a grupos profissionais, por falta de capacitação aí fora nessa área*”; b) o Serviço Sentinela/Recife oferece um nível de especialização

O único caso relatado de atendimento no CERCA de uma família mais abastada refere-se a uma situação de conflito e separação conjugal, na qual havia disputa pelo filho, num contexto que levava a uma violência psicológica e manipulação da criança. Assim mesmo, nas palestras de prevenção, percebeu-se que algumas famílias com maior status social demonstrariam maior consciência sobre o problema da violência: *“têm mais orientação, não sei o que... de acordo com o seu aprendizado, sabe, mas no geral...”* (E7es).

Mas em todas as outras famílias, a situação socioeconômica, junto com o *“nível cultural, deixa muito a desejar”*. E o álcool (e, em menor medida, outras drogas) aparece quase sempre como *“rotulando a situação”* (...) *“nas entrelinhas, ali, para justificar”* a ação violenta (E2ps).

A caracterização das famílias atendidas no CERCA como pobres está imbrincada com uma teia de circunstâncias que vêm a complexificar o sucesso do atendimento. Em primeiro lugar, há o reconhecimento de que as condições financeiras das famílias constituem um grande *“dificultor”* que atrapalha e compromete o trabalho dos profissionais. A maioria das famílias atendidas tem dificuldade para se deslocar para o Centro e não dispõe de dinheiro ou vales-transporte suficientes para garantir um atendimento com regularidade. Além disso, outra característica das famílias mais pobres atendidas, associada às suas condições de vida, é que elas não dispõem de telefone convencional. Senão que utilizam telefone celular, de cartão. Tais circunstâncias vêm à tona porque interferem nas estratégias de atendimento num

---

no enfrentamento da violência, com apoio jurídico e atendimento psicoterápico focado no problema, que o setor privado não tem, seja por despreparo ou por preconceito e rechaço emocional dos profissionais do setor privado a trabalhar com o tema:

- É. Porque para eles assim, ou há uma dificuldade de encontrar um profissional que queira trabalhar com questões ligadas à violência. Que existe um certo despreparo em geral nas pessoas que vão trabalhar com a violência.
- **No setor privado?**
- É. E existe também uma, uma, um certo preconceito também. De trabalhar questões ligadas à violência. Ainda tem muita gente. Não é? Mexe também com o psicológico da pessoa, com o individual, remontam algumas questões também, né? (E1co0)

contexto de restrição gerencial dos recursos. Assim, em períodos passados, o CERCA já dispôs de mais vales-transporte para distribuir entre as famílias assistidas, bem como de uma linha telefônica com possibilidade de ligação a celular. Desde que os cortes administrativos em tais itens foram efetivados<sup>28</sup> o Centro vem enfrentando maior dificuldade para manter uma boa comunicação com aquelas famílias mais necessitadas e garantir a sua acessibilidade. Pois, *“a gente não tem vale-transporte (...) O ideal seria que a gente tivesse vale-transporte para dar, pelo menos, para a maioria delas”* (E1co).

Em segundo lugar, como a maioria da clientela é de um perfil socioeconômico muito baixo também foi percebido que isso demanda, sobremaneira, uma dependência da mulher em relação ao cônjuge para sobreviver. O que pode interferir decisivamente na hora de denunciá-lo ou, inclusive, de manter os filhos em atendimento. Aqui vale lembrar dois casos bem ilustrativos a respeito. O primeiro refere-se a um episódio narrado por uma profissional relativo a algumas mães que abandonaram o atendimento após uma sessão em grupo-família na qual se explicaram algumas questões de violência de gênero contra a mulher, bem como os desdobramentos judiciais pertinentes ao seu enfrentamento (E6ps). O segundo caso foi expresso, de modo genérico, na situação em que, por vezes, o *“agressor sexual”*, figura masculina por excelência, *“por estar morando próximo ou então morando bem embaixo do mesmo teto”* com a vítima, termina propiciando o abandono do atendimento:

...o pai, por exemplo, que mora junto, né, pai e mãe e a criança, o pai realmente vê aquela situação, mas a criança sente constrangimento, e a mãe vai fraquejando – se é que eu posso dizer assim –, para trazer para o atendimento, aí vai largando aos poucos, largando, até que deixa de vir, entendeu?

(...)

---

<sup>28</sup> De acordo com um profissional do CERCA, *“houve uma época que a gente tinha 150 vales-transporte aqui, baixou para 100, baixou para 50 e este mês vieram 20 vales-transporte. Então isso é um problema”* (E1co). Com relação à linha telefônica, agora o CERCA não pode mais ligar para celular, apenas para aparelho fixo, o que inviabiliza entrar em contato com aquelas famílias que dispõem somente de celular. E também com o motorista do Centro, que amiúde encontra-se rodando.

Infelizmente, entendeu? Infelizmente muitas vezes larga o atendimento, às vezes passa aí alguns dias, alguns meses para uma... aí volta a acontecer de novo, aí termina sendo um ciclo vicioso, uma bola de neve (E5es).

Em terceiro lugar, num cenário de pobreza e desemprego, uma profissional do programa de saúde mental chegou a perceber a alta ocorrência de famílias chefiadas por mulheres nas comunidades carentes de onde vem a maior parte da clientela do CERCA. E observou que esse é um importante empecilho para a organização de grupos terapêuticos semanais para as mães:

É muito grande o número de famílias que não tem a figura do pai presente. E quando tem, às vezes este pai não trabalha, é um bêbado que fica lá como mais um filho, mais um, um peso para aquela mulher cuidar. Essa é a nossa realidade. Quando não são famílias que estão sustentadas pelos avôs, pelo avô, pela avó e muito a avó.

(...)

É porque mães elas não têm a disponibilidade sempre. Algumas têm outras não de estar semanalmente aqui. (...) Porque tem mãe que trabalha [*ênfase*] o dia inteiro. Tem mãe que deixa o filho ou trancado dentro de casa ou no mundo. Não sabe nem onde é que está. Porque não tem como pegar e segurar a mãe às rédeas. Porque ela tem que trazer comida para dentro de casa (E8ps).

E às vezes aquele pai ou a mãe, que é tão fundamental, que é a origem de toda a história da criança, às vezes não se dispõe muito a vir, por questões de trabalho, ou porque está separado. Aí é deixar de mão... (E10as).

### **7.3.2.2 Famílias abusadas x famílias desleixadas**

Com relação aos tipos de violência, os profissionais perfilarão algumas caracterizações interessantes. Há uma percepção generalizada que converge em dicotomizar as diferenças entre as famílias que sofreram violência sexual e as que sofreram alguma das outras violências (física, psicológica ou negligência). Ou seja, seria uma representação que

tenderia a privilegiar a especificidade do abuso sexual com relação aos outros tipos de violência e em detrimento dos mesmos. Contribui para isso o fato de que a violência sexual é percebida pelas psicólogas como mais difícil de trabalhar na criança/adolescente, pela profundidade das marcas que deixa na vítima e na família e pela predominância dessa forma de violência entre os casos atendidos no Serviço.

Em primeiro lugar, percebe-se uma diferenciação no modo como as famílias se comportam violentamente com as suas crianças e adolescentes na sociedade. As famílias com crianças abusadas sexualmente seriam mais desconfiadas e discretas com a sua situação diante do olhar público: *“é como se elas fossem mais desconfiadas, estivessem se esgueirando, se escondendo mais”* (E5es). Isso é explicado pelos profissionais por ser a sexual uma violência mais condenada socialmente<sup>29</sup>: *“É mais condenada. É mais condenada por ser um tipo de repressão pior. E por isso, por ser pior parece que as pessoas realmente se escondem mais”* (E5es). Portanto, é uma violência que acontece mais na privacidade da vida familiar. Ou que, nos espaços públicos *“existe uma questão de ver um lugar mais reservado, de camuflar, às vezes”* (E10as). Já as famílias com dinâmica de violência física ou psicológica contra crianças e adolescentes, pelo contrário, teriam um comportamento violento muito mais espontâneo e ostensivo nos lugares públicos. Pois socialmente esta violência não estaria sancionada, senão que ainda seria reconhecida como estratégia para disciplinar e educar os filhos, *“na naturalidade. Basta a pessoa estar contrariada mesmo”* (E10as).

A violência física ou psicológica na maioria das pessoas eu noto que os atores que praticam eles fazem de uma forma mais assim, espontânea e nos locais assim que eles nem se

---

<sup>29</sup> Vale dizer que uma profissional que já trabalhou em Conselho Tutelar observou que quando lá identificavam casos de abuso sexual, os autores da violência tendiam a não reconhecer a veracidade dos fatos. E explicavam aquela situação como uma arrumação criada por ressentimento da criança/adolescente: *“A maioria das vezes eles dizem que a criança e o adolescente está com raiva. Porque apanha, porque está de castigo, porque não-sei-o-que. E muitas vezes, aqui não, mas no Conselho Tutelar, eles passavam a querer fazer da vítima,”* Ou, também, quando aceitavam que aconteceu o abuso, procuravam justificar que a vítima propiciou/facilitou que aquilo acontecesse: *“como se fosse a vítima colaboradora para aquele fato (...) “Eles querem dizer isso: tentam inverter a ordem da história, entendeu? É complicado, muito complicado”* (E1co0).

apercebem tantas vezes. Não têm, não se preocupam de estar em público ou não, muitas vezes (E10as).

Por que é uma coisa que muitas pessoas não sentem mais receio de falar que batem numa criança porque é como eu já te falei. É uma coisa que é um tipo de situação que virou mais comum porque é a violência física já tá na vivência da educação (E5es).

Em segundo lugar, depois que a violência foi revelada e a família chega no atendimento, os profissionais percebem outra diferenciação entre as famílias com casos de abuso com relação às que chegam por outras formas de violência. Assim, uma explicou que na família com crianças/adolescentes abusadas (sexualmente) existe “*um cuidado, uma cautela maior por parte dos cuidadores*”, como se fosse uma família “*mais cuidadosa*”, “*mais temerosa*”, e com maior propensão também a apresentar sintomas de medo e fobia (E6ps). Outra profissional convergiu dizendo que aquelas famílias com violência sexual “*começam uma super-proteção àquela criança, exagerada*” (E3as).

Resulta interessante que algumas famílias com crianças/adolescentes abusadas são percebidas como as que precisam de mais atendimento do que a própria criança, pelo impacto que gera a revelação da notícia do abuso. Isso seria especialmente válido para as mães, que sentem que falharam no seu papel de cônjuge, ao não serem capazes de satisfazer a sexualidade do marido:

...que a criança muitas vezes não precisa do atendimento e sim a família. Porque não consegue passar por esta situação da violência sexual. Então, tem essa outra característica. A criança foi a vítima, mas a criança nem... (...) Não demonstra que... quem demonstra são as famílias (E3as).

Em contraposição, as representações das famílias com crianças vítimas de violência física, psicológica ou negligência, perfilam o desenho de famílias com um descaso (“*uma*

*certa negligência mesmo ou omissão*”), que se manifesta em certas atitudes desleixadas desses pais para com esses filhos. O qual demanda de uma intervenção diferenciada e contundente. São “*pais que discutem muito em casa*” (...) que “*bate muito no filho*” (...) e que “*não ‘tão nem aí*” (E6ps). Contribui a esse diagnóstico o fato que as famílias com filhos vitimizados por estas violências necessitam de uma atenção especial porque são encaminhadas pelo Conselho Tutelar e adotam uma atitude defensiva e de resistência com relação ao atendimento no CERCA (como será analisado mais adiante).

Contudo, uma entrevistada revelou um acontecimento paradoxal: no espaço do grupo-família, que é onde as mães que cometem violência física, psicológica ou negligência se encontram com as mães de crianças abusadas, ocorreu que as primeiras ficaram mais em alerta ao saber, pelas suas companheiras, de casos reais de abuso sexual, procurando conhecer mecanismos de prevenção para isso não vir acontecer com as suas filhas. Ou seja, naquela ocasião o aprendizado da diversidade de violências, na arena do grupo-família, teria oportunizado àquelas famílias tomarem uma atitude preventiva contrária à sua disposição “natural” (sic) pelo descaso.

Para uma psicóloga, as famílias com dinâmica de violência física contra crianças e adolescentes associam-se com a imagem de família agressiva, na qual a agressividade dos pais é aprendida pelos filhos. Já as famílias com dinâmica de violência sexual, aparecem associadas com a imagem de “família incestuosa”, na qual outros familiares (além da vítima e o autor da violência) não necessariamente têm muito claros os limites e os seus papéis sexuais no interior do grupo familiar (E4ps).

Em casos de abuso sexual intrafamiliar, a família é concebida, de fato, como o restante do grupo, descontados a vítima e o agressor, até porque geralmente, nas palavras dos profissionais, “*o agressor ou foge ou é preso*” (E3as). Então, nessa visão, a família que fica

com a criança é colaborativa porque está tentando ajudar. E o membro que entra em litígio judicial, na representação do profissional, é simbolicamente expurgado do grupo familiar.

Chamou a atenção do pesquisador que para a assistente social do Serviço, que lida mais diretamente com os familiares das vítimas do que com as crianças/adolescentes vitimizadas propriamente, a violência psicológica é representada como mais complicada: *“É mais fácil você tratar e encaminhar uma família que foi vítima da violência sexual ou física do que uma família que veio aqui por conta da questão da violência psicológica”* (E3as).

### **7.3.2.3 Capacidade das famílias em reverter a dinâmica da violência**

Existe um amplo consenso entre os profissionais do Sentinela na capacidade das famílias em reverter a dinâmica de violência doméstica.

A maioria das famílias que eu atendo, elas têm (...) essa vontade de realmente reverter essa situação. À primeira vista é difícil, é. É um trabalho árduo, longo, é, que requer compromisso, envolvimento, né. E aí a gente vai tateando de várias as formas. E a gente consegue, sim, né?, recuperar essa auto-estima, tanto da família como dessa criança (E6ps).

Então, a gente tem que imaginar e tem que acreditar de verdade. Não é assim acreditar intelectualmente não. É ter incorporado que realmente enquanto ser humano bate o olho é possível transformar alguma coisa. Melhorar em alguma coisa (E8ps).

Mas, ao mesmo tempo, também há convergência na asseveração de que a consecução de tal empreitada é difícil e está condicionada ao compromisso das famílias em se envolverem no atendimento. E esse compromisso ficaria demonstrado com a participação presencial das crianças/adolescentes e os seus responsáveis convidados nas atividades programadas no Serviço. Para os profissionais, os casos bem sucedidos traduziriam-se justamente na capacidade de melhora das seqüelas das vítimas e reversão da dinâmica de violência.

No decorrer do período a gente percebe que elas querem essa mudança. Mudar esta situação de violência (...) Querer que a família tenha uma harmonia (...) De ir em busca de melhora, até para cuidar dos filhos bem e de si próprio também (E3as).

Outras avaliações mais ponderadas condicionam a capacidade das famílias em reverter a violência/negligência ao fato dos responsáveis pelas crianças/adolescentes terem ou não consciência, o que se traduz na observância dos preceitos repassados pelo profissional no atendimento.

Depende destas demandas que nós procedemos. Como o caso desta senhora que vai voltar agora no dia 21. Dependendo, se ela cumpriu aquelas demandas solicitadas, ela não precisará mais retornar. É sinal de que ela tem consciência de que precisa proceder assim (E2ps).

Na representação dos profissionais, a superação da violência intrafamiliar, que foi culturalizada geração após geração, só pode ser superada a partir de um exercício de reflexão, introduzido mediante um trabalho pedagógico e terapêutico.

Tem muitas famílias que dizem assim: “– é, mas minha mãe não me ensina isso, minha mãe nunca disse isso para mim. Como é que eu posso passar isso para os meus filhos, né?” (...) Então elas começam também a refletir sobre outras coisas. Que não tem esta reflexão em casa, que a partir deste momento também começa, né? A criança também começa a questionar e a família começa a questionar, começa a pedir ajuda para esta transformação desta violência (E3as).

#### **7.3.2.4 Descompromisso e evasão**

Concomitantemente aos casos dessas famílias “*que ficam, que têm alta, que vão em busca desta mudança, desta felicidade de comportamento*” coexistem também outras que

*“não estão realmente querendo essa mudança”* (E3as). Na opinião de uma psicóloga, *“a grande maioria, eu percebo que elas conseguem engajamento. Algumas não se comprometem e essas, elas realmente depois elas abandonam”* (E4ps).

No entanto, segundo os dados fornecidos pela assistente social em entrevista em profundidade, o número de desistências ou “evasões” (como são chamados os casos que não terminam o processo terapêutico por motivo distinto ao de mudança de município) representa quase a metade dos casos atendidos. Desde o início das atividades do CERCA, em 2003, registraram-se 190 “evasões” de um total de 400 crianças e adolescentes atendidas. O que representa uma lacuna de 47,5% de insucesso. (Ou seja, a oportunidade de melhora permanece muito alta).

Na percepção dos profissionais do Serviço Sentinela, o problema da “evasão” é muito complicado e é percebido como determinado por uma série de fatores que analisaremos a seguir. Por um lado, como já foi dito, as precárias condições econômicas das famílias levam a uma série de situações que desaguam na descontinuidade do atendimento. Destaca-se a dependência feminina do “agressor sexual, as maiores dificuldades enfrentadas pelas famílias chefiadas por mulheres e as limitações de recursos para garantir a acessibilidade das famílias e a sua comunicação com o Centro”. Todos se constituem em importantes empecilhos.

Por outro lado, o *“descomprometimento da família... em relação ao caso do filho”* é sentido como um problema grave que dificulta o atendimento e pode gerar o atraso na alta do filho ou, em última instância, a “evasão” do caso (E1co, E3as, E4ps, E6ps). Desde essa ótica, as chances de sucesso do tratamento, como já se adiantou, viriam determinadas pela consciência dos familiares responsáveis pelas vítimas e sua observância dos preceitos, orientações e conselhos repassados no atendimento. Entre os sinais que encorajariam as profissionais a pensar que aquele caso prosperará e irá até o final está o fato de que a família demonstre *“força de vontade”*, especialmente desde o primeiro dia de atendimento (E5es).

Isto se traduz em que a família “*chega e traz, chega na hora, nunca falta, participa da atividade do Centro*” (E4ps). Deve analisar-se com cuidado outra sentença lançada de forma semelhante:

As crianças que têm, digamos assim, mais sucesso neste caminho de terapia são as crianças que os pais, o pai e a mãe dão assistência. O casal vem já para a primeira entrevista, o casal conversa, entendeu? (E9ps).

Esta observação tanto expressa melhores resultados nas famílias que se engajam desde o primeiro momento, como parece condicionar a maior probabilidade deste engajamento aos casos em que a família dispõe de estrutura nuclear. Ou seja, se atribuiria uma vantagem relativa àquelas crianças que dispõem tanto de apoio paterno e materno, com relação às que dispõem apenas do suporte da mãe. O que parece lógico, pois, *a priori*, são dois adultos juntando forças para levar a vida e resolver os problemas. Seguindo este raciocínio, é preciso lembrar das maiores dificuldades de acesso ao Centro por parte das mães solteiras: por conta da precária situação econômica que vivenciam, como vimos, não se podem permitir ao luxo de faltar ao trabalho para levar a criança ao atendimento, e têm maior dificuldade para encontrar quem as ajude. O risco de tudo isso está em que se cristalize entre os profissionais um pensamento que atribua, preconceituosamente, menor compromisso entre as “famílias desestruturadas” com relação às que não estão nesta situação.

Pois a família que demonstra compromisso com o Serviço consegue ter alta mais rapidamente (E4ps). Enquanto que outras famílias, com a sua atitude descompromissada, atrasariam o processo terapêutico da criança e, ainda, estariam ocupando uma vaga no serviço público que outras crianças/adolescentes estariam precisando também.

A gente não tem como garantir a vaga de uma pessoa indefinidamente. Se outras pessoas estão precisando, né? (...)

Porque se chegar alguém ou tiver alguém na espera (...) às vezes dá até para entrar (E10as).

Os profissionais do Sentinela afirmam veementemente que um dos principais motivos das evasões ocorre pelo fato das famílias não gostarem de ser responsabilizadas pelo que estão fazendo com aquela criança. Assim, há um senso coletivo entre os profissionais do Sentinela que faz com que a maioria dos pais/familiares que se evadem do Serviço sejam enxergados como irresponsáveis, sem compromisso com o atendimento. Pois caso o atendimento fosse mantido, este repercutiria imediatamente e de forma positiva no bem-estar da criança/adolescente.

Dessa feita, acontecem também os casos daquelas famílias que abandonam o tratamento e, posteriormente, procuram o Centro de novo ao perceberem que os problemas psicológicos da criança permanecem. O fluxo pré-estabelecido no CERCA determina que tais casos deverão passar por uma avaliação diante de profissionais do Centro para a família “*sentir o peso da responsabilidade*”. Pois a criança “*já poderia estar em processo de alta e não está e que vai começar tudo de novo*” (E3as). Vale dizer que todos esses casos são aceitos, pois há a ponderação de que a criança/adolescente necessita ser atendida.

Nem é preciso dizer que a representação de irresponsabilidade é forjada mediante a experiência acumulada no atendimento cotidiano. Uma psicóloga conta um caso, por exemplo, de uma mãe negligente, cujos filhos eram trazidos pela avó. Na ocasião, a profissional procurou moralizar a mãe solicitando à avó que fosse a sua filha quem se responsabilizasse para vir trazer os meninos para o atendimento psicológico. Mas elas não compareceram mais e o caso foi considerado “*evasão*” (E6ps).

Em outra ocasião, por conta dos altos níveis de absentismo no Grupo-Família (GF), a equipe técnica chegou a avaliar que tal problema se devia a uma questão cultural internalizada nas famílias. E que era preciso “*trazer a responsabilização da família também para o atendimento*” mediante a ameaça de encerramento dos casos, cujos familiares não

comparecessem ao GF. Mas a equipe terminou desistindo de tal medida por considerar que seria um castigo injusto negar atendimento psicológico a crianças/adolescentes cujos responsáveis (considerados irresponsáveis) não comparecessem mensalmente no GF (E3as).

Se por um lado, esse descomprometimento aparece associado com a irresponsabilidade da família – ou seja, por um fator endógeno ao próprio grupo familiar –, por outro lado também pode aparecer associado a um fator externo: uma representação negativa do CERCA insuflada por outra instituição, o Conselho Tutelar (especialmente nos casos de violência física), e que merece de uma atenção especial.

#### **7.3.2.5 Representação das famílias e o Conselho Tutelar**

Os profissionais reclamam que certos conselheiros tutelares propagam, com os seus gestos, missivas e palavras, uma visão distorcida do que é o Centro de Atendimento para Vítimas de Violência, associando-o a um castigo imposto. Esta representação negativa sobre o CERCA e a sua função, antes mesmo de conhecê-lo, faz com que os familiares venham com uma resistência inicial, o que demanda de habilidade profissional para contorná-la.

O atendimento desses casos se vê prejudicado e complicado justamente pela necessidade de desconstruir a imagem do CERCA, que: *“eles acham que vão ser mais um órgão, que vai estar bisbilhotando a vida deles”*, no circuito do Conselho Tutelar e da Gerência de Polícia da Criança e do Adolescente – GPCA (E3as). Nos primeiros atendimentos, os familiares não falam o que aconteceu e o profissional deverá ter um cuidado especial em trabalhar e respeitar esse tempo também.

...porque tem muitas famílias que vêm encaminhadas pelos Conselhos Tutelares e acham que aqui a gente vai fazer uma supervisão, vai investigar a vida da família (...) Elas escondem informações, elas não relatam coisas, não é? que só no decorrer do tempo que ela vê que

ninguém vai brigar, ninguém vai fazer um relatório para a Justiça para dizer que elas estão errando, é que elas começam a assimilar qual é realmente o nosso verdadeiro papel (...) que o foco é ajudar a integração desta família (E3as).

Uma profissional afirmou que para as famílias o Conselho Tutelar é o bicho papão, especialmente quando se procede ao envio de intimações, ameaçando as famílias para comparecerem ao Centro. Ela explica um caso de um pai que chegou dizendo que o Conselho Tutelar mandou ir para o CERCA e que se ele não levasse a sua filha para o atendimento psicológico, iria ser preso.

De fato, avalia-se que o Conselho Tutelar não compreende o seu próprio papel. Pois não entenderiam a distinção entre convite, comunicado e denúncia. Pois só deveriam “*convidar os pais a comparecer no Conselho Tutelar*”. Mas eles mandam “*notificação de comparecimento*” e explica-se um caso em que numa dessas intimações lia-se: “*se não comparecer ao Conselho Tutelar, será preso*”. Por conta dessas asseverações, avalia-se que “*o Conselho Tutelar é pior do que a polícia para a família*” (E3as).

Outra profissional sente que as mães de vítimas de violência física têm uma grande dificuldade de procurar o Centro e aceitar o tratamento.

Mas é uma coisa que a gente sente que na violência física há uma resistência ao tratamento. Da mãe vir, né? Ela traz arrastado porque o Conselho Tutelar mandou, porque foi encaminhada por alguém. Vem quase por uma imposição, ela vem (E4ps).

Mais adiante, essa profissional conclui que: “*há uma resistência, né? ao tratamento e isso resulta no não comprometimento com o tratamento*” (E4ps). E, conseqüentemente, há uma tendência a que esses casos não sejam bem sucedidos e possam vir a fracassar.

### 7.3.3 Representações sobre os autores de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes

Para os profissionais que trabalham na equipe técnica do CERCA, os autores de violência física, psicológica ou sexual contra crianças e adolescentes são comumente denominados de “agressores”. Note-se que aqui estariam incluídos autores de abuso sexual que não necessariamente produziram agravo/agressão à saúde física de suas vítimas. Apenas os autores de negligência escapariam a esse rótulo, talvez porque a noção de agressão esteja associada com a de “ação”, enquanto que a negligência é indicativa de “omissão”. Esses autores de negligência, amiúde, são identificados como “mães negligentes”, revelando um viés social no fato de que a procriação é uma atividade eminentemente feminina, na divisão sexual do trabalho, especialmente entre as classes populares brasileiras. (ASSIS; DESLANDES, 2004).

Entre os profissionais do CERCA, com maior ênfase na fala das psicólogas, há uma tendência a expressar um nexos explicativo importante entre a pessoa que comete violência no presente (na sua família atual, na vida adulta) e o seu passado (na sua família de origem, na sua infância): *“E parece que tem muito a ver com uma coisa mais antiga sua, entende, uma vivência mais antiga. Que aí se reproduz na sua família atual”* (E4ps). Este nexos costuma ser interpretado como que o autor de violência já foi vítima e tende a reproduzir os abusos/violências/negligências que sofreu nos seus filhos, na sua família presente.

Porque também os pais eles são tão abandonados quanto os filhos. Os pais que têm estes filhos com problema eles são tão abandonados, já foram tão negligenciados, eles são, eles foram tão violentados quanto... às vezes, que eles violentam até sem a consciência de que estão violentando. Eles precisam também, por isto que a gente faz a, a, o tratamento é sempre junto com a família, né? Então sempre eles precisam muito de apoio e quando a gente faz grupo a gente sente. (E8ps).

No entanto, outra psicóloga foi enfática em assinalar que, no caso do abuso sexual, a compreensão do problema do abusador não pode restringir-se a pensar que “*ele também foi abusado quando criança*” (E6ps).

Assim, tal nexos pode ser lido também numa chave mais sistêmica, argüindo-se que a desestruturação na família atual também pode ter sido vivenciada no passado, na sua família de origem: “*então, a violência vem da própria construção do pai e da mãe, da construção familiar, e eles repetem*” (E9ps). Ora, ganha maior destaque uma representação que obscurece essa dimensão das relações familiares do autor da violência e introjeta essa disfuncionalidade e desestruturação para dentro da sua personalidade: “*São pessoas (...) que têm alguma disfunção da personalidade, né? Algo que não foi bem estruturado durante a sua infância ou adolescência, né?*” (E6ps). Logo há um consenso entre os profissionais de que os autores de violência são “*pessoas que têm alguma forma de dificuldade muito grande*” (E4ps) e que demandam de ajuda.

No programa de Saúde Mental vimos como eram atendidos de forma indiferenciada meninos vítimas de violência interpessoal, jovens em conflito com a lei e outros com distúrbios de comportamento diversos. Essa “mistura” no atendimento, junto com a experiência prévia de trabalho de algumas de suas profissionais em Conselho Tutelar e em comunidades carentes, faz com que todos os casos atendidos sejam percebidos como vítimas de um entorno violento e de uma sociedade desigual.

Há implícita aqui a idéia de que o comportamento violento daqueles jovens atendidos também depende do contexto em que se desenvolve e do descaso e desatenção dos seus professores. Na contramão da percepção (que eles julgam generalizada na sociedade) que carrega toda a culpa sobre estes rapazes. Haveria, assim, uma maior compreensão do contexto omissivo em que crescem esses jovens, de uma des-assistência estrutural às suas necessidades:

porque passam o dia sozinhos, porque as suas mães têm que trabalhar, e eles ficam sozinhos em casa ou no meio da rua, “*sabe Deus aprendendo o que*”. Ao mesmo tempo, as escolas em que estudam são instituições consideradas “*altamente desinteressantes*” (E8ps). Assim, esta forma de representar a sociedade como violenta facilita que os profissionais de saúde mental percebam estes jovens que cometeram violência, e por extensão, todos os autores de violência também, como vítimas.

Porque eles também foram violentados em algum momento da vida. E aí se tornam também violentos. Ninguém abusa por acaso, ninguém é ruim “entre aspas” por acaso. Todo mundo tem a sua história de vida, o seu contexto, né (E8ps).

Foram vítimas de violência também quando crianças, não restam dúvidas, não é? E repetem este padrão com os filhos (E9ps).

Em sua grande maioria, os agressores hoje eles foram vítimas no passado, na infância ou na adolescência de alguma forma de agressão. E eles repetem aquilo (E10as).

Assim, a equalização entre jovens vítimas e jovens autores de violência é oportunizada por conta da percepção de que todos eles compartilham das mesmas condições de vida e de exclusão social. Os educadores sociais, com a sua experiência de trabalho próxima das comunidades, também compartilham da mesma percepção do problema. Um deles, por exemplo, considerou difícil julgar os autores de violência que se revelam nas palestras, na sua maioria, pobres, sem levar em consideração aquele contexto em que estão inseridos (E5es).

Esta visão de mundo, embora também possa ser compartilhada pelos profissionais do atendimento do Sentinela/Recife, significativamente não foi revelada nas suas entrevistas. Como os casos que eles atendem são, em sua maioria, de abuso sexual e que correm na Justiça, há uma tendência nas falas deles a antepor primeiro a necessidade de responsabilizar o autor da violência e depois a considerar que o mesmo também precisa de ajuda.

No caso específico da violência sexual, vimos como há uma grande consternação, indignação e incerteza diante dos casos. E os profissionais do Sentinela/Recife clamam veementemente para que a Justiça puna aos que cometem abuso, o que seria um “*facilitador*” terapêutico para a vítima. Que é seguida por uma frustração pelo fato de não se atingir nunca a responsabilização do abusador: “*E é, às vezes, até desestimulante porque quando (...) se trata de Justiça, a gente não vê nunca que a Justiça não sai nada*” (E7es).

Quase todos os profissionais do CERCA expressaram a opinião de que a sociedade também precisa ajudar a essas pessoas e não apenas incriminá-las: “*que estas pessoas sejam encaminhadas para julgamento e tenham realmente a pena que merecem, não é? Cadeia ou trabalho com psicólogos. Mas que sejam responsabilizados*” (E5es). Este tipo de ajuda, se entende, deveria consistir em tratamento psicoterápico, que propiciasse a reflexão sobre o acontecido e a re-vivência do passado, visando a transformação do comportamento abusivo e evitar a reincidência. Caso contrário, “*se não há uma intervenção, né, então o abusador se ele tiver uma chance, ele vai fazer de novo*” (E8ps). Reconhece-se que não existe em Pernambuco nenhum programa direcionado ao abusador sexual e estes são praticamente inexistentes no resto do Brasil. Contudo, a possibilidade de ir além da punição é colocada até como uma oportunidade para estudar melhor esse fenômeno.

Eu queria muito que essas pessoas elas não fossem só punidas, entendeu?, pela Justiça. Então, a única coisa que a gente tem é a Justiça para punir e acabou-se. Elas deveriam pagar porque é crime. Eu entendo perfeitamente que é crime e elas têm que pagar pelo crime que elas cometeram. Mas elas também precisam ser trabalhadas. Teria que ter atendimento psicológico. Alguém que teria que se dispor a estudar este grupo para saber de onde é que vem isso. É só pedofilia? Né? Fica muito vago essas coisas (E3as).

Poucos meses antes da realização do trabalho de campo desta pesquisa, oficializou-se o fluxo que garantia atendimento psicoterápico aos familiares de crianças e adolescentes

vítimas de violência, encaminhados pelo CERCA. Incluíam-se entre estes, autores de violência física, psicológica e/ou negligência. Entretanto, havia uma negativa muito forte a ter qualquer tipo de contato com os autores de violência sexual, o qual foi explicitado várias vezes e por diferentes profissionais do Sentinela e do PSM. A seguir analisaremos os argumentos apresentados pelos trabalhadores da equipe técnica do Centro para não atender os abusadores sexuais e para prestar assistência aos autores dos outros tipos de violência.

### **7.3.3.1 Argumentos para não atender autores de violência sexual**

1) Os profissionais argumentam que na maioria dos casos de abuso sexual infanto-juvenil o autor do abuso “*é difícil de encontrar*”, pois “*quando ocorre a violência, muitos ou fogem ou são presos*” (E3as). Ou seja, afastam-se ou são afastados “*porque num caso de violência sexual, a idéia é que o agressor seja retirado do convívio da criança*” (E1co). E, portanto, não teriam nem chance de participar do processo terapêutico, como o que é praticado no CERCA. Nos casos em que o “agressor sexual” continua no ambiente da família e esta ainda não prestou queixa à polícia, o procedimento padronizado no CERCA é:

...orientar a família da prevenção, da orientação, do contato desse agressor com esta criança ou este adolescente, para não ter tanto contato ou para ficar em alerta. Mas estes daqui a gente dá uma orientação bem mais de perto [*essa última frase, refere-se às crianças/adolescentes e os familiares não-abusadores*] (E3as).

2) Os profissionais colocam que não é o papel do CERCA atender e lidar com os familiares que cometeram abusos: “*Pela dinâmica do centro de referência esta equipe ela não tem que dar o atendimento nem a orientação a este agressor da violência sexual (...). Porque não é o nosso papel. Ia ficar até complicado*” (E3as). Outra profissional argumentou que essa

é uma demanda do sistema judiciário e que não caberia aos setores da saúde e da assistência social darem conta dela (E2ps).

Já entre os profissionais do PSM reconhece-se que o setor *saúde* “*realmente não se preocupa, entre aspas, também com esta fatia*”. E é expressa a preocupação para que o setor saúde estruturasse um programa que desse conta desta problemática. Mas este deveria ser independente dos dois que funcionam no CERCA: “*Eu acho que se a vítima vai para um canto o abusador tem que ir para o outro. O tratamento em um, o tratamento no outro, né?*” (E8ps).

3) Nas entrelinhas dessa rotunda negativa se manifesta um temor ao contato, ao potencial reencontro e mistura entre vítimas (crianças e adolescentes) e autores de violência sexual (adultos abusadores) no mesmo espaço do Centro:

Mesmo que a gente tivesse possibilidade de atender o agressor, a gente não iria atender aqui, porque não teria condições de atender aqui vítimas e agressores. Entendeu? A gente defende que precisa ter um espaço para atendimento de agressor também, mas não aqui (...) Poque aí, ficaria complicado... (E1co).

Um sentido mais profundo de tal preocupação revela-se em um caso excepcional em que um abusador adolescente, de 16 anos, foi encaminhado pela Justiça para o CERCA para atendimento psicológico por ter abusado de uma criança de 4 anos.

Porque vem encaminhado pela Justiça, a gente comunicou ao Juiz que a gente não atendia o agressor, não tinha condições de atender. Mas, como o caso já tinha vindo encaminhado aqui, era um adolescente, não era nada perigoso até para as outras crianças do Centro, aí ele ficou um tempo sendo atendido aqui. Mas a gente não atende agressor de violência sexual, não atende. [o grifo é nosso] (E1co).

Pode se ler claramente como no argumento precedente há um temor explícito à periculosidade dos autores de violência sexual, especialmente os adultos. Ou seja, o abusador é considerado um elemento perigoso para a segurança da própria vítima e até das outras crianças. Em um esclarecimento posterior, uma profissional falou em “*não colocar em risco de vida a vítima*”. Sumariamente, podemos analisar como houve três motivações que atuaram como atenuantes para que aquele caso fosse aceito no Centro:

- 1<sup>a</sup>) O abusador era adolescente e, portanto, era considerado menos perigoso;
- 2<sup>a</sup>) Quem atendeu não foi o Sentinela (que é para vítimas), mas o Programa de Saúde Mental (também dentro do CERCA), que é para crianças e adolescentes com problemas psicológicos;
- 3<sup>a</sup>) O caso já vinha encaminhado pelo juiz.

Ainda poderíamos supor que como o CERCA é referência para crianças e adolescentes no DS-IV o Centro não teria como recusar esse caso. Mas a psicóloga que o atendeu, do programa de Saúde Mental, ainda lembrou de mais um detalhe significativo: o adolescente foi atendido às sextas-feiras, quando não são atendidas crianças no CERCA, em decorrência da realização de reuniões da equipe técnica e do grupo de estudo.

Então a gente para tentar ajudar a família, a gente conseguiu assim, dia de sexta-feira, que é dia de reunião, que não tem nenhum tipo de usuário, só os técnicos. Aí eu vinha e ficava com ele, de 7 da manhã. Então ninguém praticamente nem via. (...) Era porque era o mesmo espaço e não pode botar vítima e o abusador (E8ps).

Quando interpelada, a psicóloga em questão reconheceu que se tratava de uma questão “de segurança”. Mas arrematou o corolário de tantas precauções com um último argumento:

4) se a criança abusada soubesse que o seu abusador estava sendo atendido no mesmo Centro (e, mais especificamente, pela mesma psicóloga que ela), iria se sentir insegura e desconfortada por isso (E6ps). Nesse sentido a interdição do abusador seria justificada por

conta “até de um constrangimento das questões emocionais que podem surgir de um negócio desses. Você misturar vítima com abusador vai...” (E8ps).

Estes pequenos detalhes, junto com outros tantos que mostraremos mais adiante, indicam que o CERCA é nitidamente concebido pelos seus profissionais como um espaço que deve ser coerente com a sua proposta e disponibilizar proteção para as criança/adolescentes vitimizadas, eliminando qualquer risco de re-vitimização.

### **7.3.3.2 Argumentos para atender autores de outros tipos de violência**

Contrariamente, ao primeiro argumento esboçado para não-atender aos abusadores sexuais, uma profissional observa que nos casos de violência física, psicológica e negligência “a gente tem contato porque são estas pessoas que trazem [as crianças]” (E3as). E muitos casos vêm porque são encaminhados pela Justiça.

Os autores de violência física ou psicológica que chegam ao Centro recebem orientação e algumas vezes até atendimento psicológico específico, que se justifica por dois motivos:

1º) porque chegam com resistência e desinteresse no atendimento da criança, por conta de terem sido encaminhados pelo Conselho Tutelar. Nessas circunstâncias, o “pai entrega filho” à psicóloga: “Então eles chegam justamente com esta postura, né. Tá vindo para o psicólogo e não ‘tão nem aí’. Então a psicóloga que resolva tudo”. Nesse caso, a profissional procura mais “orientar os pais, do que ficar com essas próprias crianças. Porque muitas vezes são eles que necessitam de um atendimento” (E6ps).

2º) porque os responsáveis são identificados, amiúde, como pessoas que batem como um recurso pedagógico:

...é um pai que bate mais pra.... a questão do educar, né? (...), aí a gente orienta mais esses pais (...) É uma questão cultural. (...) Mas tem casos que, assim, preciso conversar mais com esse pai e com essa mãe duas ou três vezes, não é? do que com a própria criança. (...) Porque é uma situação realmente cultural, quando você vê, é cultural mesmo, aí você sente essa (...) questão na fala dos pais, quando a gente escuta. Aí é o momento de você encaminhar também, porque o meu trabalho só com a criança não vai fluir (E6ps).

No caso da psicóloga de crianças do PSM, quando ela tem que lidar com mães que batem, é feita uma conscientização com as mesmas de que este tipo de atitude só vai gerar mais agressividade (E9ps).

De acordo com outra profissional, os únicos autores por violência física com os quais não se tem contato no CERCA são aqueles quando “*foi uma violência que ele teve que ser preso*” (E3as). Mas ela mesma explica dois casos excepcionais, em que mulheres que queimaram as suas crianças e passaram um curto período de tempo em presídio feminino foram aceitas no CERCA porque o juiz as encaminhou junto com as crianças.

Com estes dois sim, porque quando eles vieram para cá, eles já tinham estado presos e já tavam trazendo os filhos. A medida foi eles saírem do sistema prisional e procurar atendimento psicológico para a mãe e para a criança. Essa foi a determinação da Justiça nestes dois casos que a gente teve (E3as).

No que diz respeito aos autores de negligência, a intervenção visa a mudança de atitude e a responsabilização mediante a colocação de demandas e providências domésticas que a terapeuta deverá ir supervisionando. Uma profissional explicou que acompanha dois casos extremamente graves de negligência. Em um deles, o seu atendimento foi justificado da seguinte forma:

É um desafio. A gente não vai abandonar porque se já mandaram para cá e já passou por toda esta instância e chegou aqui, é porque ninguém viu saída. Não é possível. A gente vai encontrar uma forma de... [resolver?] (E2ps).

No outro caso, o atendimento se justificou porque:

(...) esta mãe ela é a a única responsável por esta criança. Eu tenho que ouvi-la. Ela veio por maus-tratos, por negligência. Aí eu tenho que ouvi-la (...) Eu faço aquela escuta, né. E como nesse caso que eu precisei, né, que esta mãe viesse para entender [*ênfase*] aquele grau de negligência, né? (...). Mas se essa criatura não tivesse vindo para esse atendimento, eu tinha apenas uma idéia do que ela fez e não daquilo que ela é. Ela também foi vítima. Ela também é vítima [*os grifos são nossos*] (E2ps).

De acordo com esta psicóloga, aquela mãe no atendimento contou toda a sua história de vida e revelou como foi vítima de abusos e negligências na sua infância e adolescência. Essa revelação de mãe-vítima quando criança, aliada com a percepção dela como “*a única responsável por esta criança*” abriu uma brecha para que a profissional lhe oferecesse solidariedade incondicional.

Em outro trecho da entrevista, a psicóloga declarou a negativa de acompanhar judicialmente familiares (incluindo autores de violência) que não tivessem sido vitimados, direta ou indiretamente pela violência:

Eu não acompanho. Deixo muito claro isso. Porque eu acredito que o meu papel aqui é dar apoio à vítima e quem está sendo a vítima no caso. Então eu acompanho a vítima. Jamais! E deixo muito claro. Não tem JUIZ [*ênfase*] que me obrigue. Sabe porque? Nosso trabalho aqui é voltado para o apoio às vítimas de violência. Seja a criança, ou a mãe, no caso que eu acompanho a família ou o pai, seja lá quem for. Mas a vítima.

(...)

Se no caso, a mãe, que é a única responsável, não é a vítima, não é a competência. Ela vai ser escutada, sim. Eu vou redigir um parecer psicológico daquele atendimento, daquele

ATENDIMENTO [*ênfase*]. E encaminhado para quem é de competência. A mesma coisa com o pai, não é? Como já veio e eu devolvi, como diz a história, né (E2ps).

Desta feita, a mesma psicóloga conta como se recusou a atender dois albergados (presos em semi-liberdade) por estupro: *“Porque promoveu a violência não significa que vá ser atendido aqui. Absolutamente, não tem nada a ver”* (E2ps).

Quando se refere aos autores de violência, de um modo geral, esta psicóloga argumenta que *“nada justifica”* a violência. Observa que há relatos angustiantes que apontam para o álcool ou o uso de drogas, mas estes levariam o autor a não assumir a responsabilidade com relação ao crime/violência: *a gente percebe que é uma justificativa.*

#### **7.3.3.3. Experiências violentas no atendimento**

Quando questionados a respeito de terem sofrido qualquer tipo de violência ou ameaça no Centro, a maior parte dos profissionais da equipe técnica do CERCA respondeu que isso nunca tinha acontecido com nenhum deles. Apenas uma psicóloga da Saúde Mental afirmou ter se sentido ameaçada em uma ocasião:

Sim, era um pai que bebia muito e que quando bebia agredia toda a família e eu tive que chamar este pai. E tive que conversar diversas vezes este pai, com este pai. E no meio das entrelinhas dele, ele deixava, assim, uma... uma... uma possível ameaça de que se a mulher deixasse ele, que se ele perdesse os filhos, né, que eu seria responsável também por isso. Coisas deste tipo (E9ps).

Mas depois a psicóloga afirmou que este episódio não afetou a sua atitude com relação ao atendimento aos responsáveis pelas crianças. Contudo, reconheceu ficar atemorizada com o comportamento de alguns homens, apesar de manter a postura profissional:

Sempre chega algum destes pais, principalmente os que têm um comprometimento com alcoolismo. Há um descontrole muito grande por parte deles. (...) há situações em que você fica intimidado, você fica com medo de um descontrole, né? Mas eu procuro não demonstrar e procuro também me colocar no lugar daquela pessoa. Porque quando ela, quando existe este descontrole todo, é... a pessoa deve estar se sentindo muito mal também (E9ps).

Outros profissionais do CERCA também admitiram ser corriqueiras as intimidações, que não chegam a configurar ameaças diretas de violência física, senão que insinuações de um caráter mais sutil. Estas podem acontecer em diversas situações. Todas elas, porém, coincidentemente estariam motivadas em determinada expectativa do familiar em obter alguma vantagem do processo de atendimento de sua criança/adolescente ou porque há um temor de serem prejudicados judicialmente (ou alguém da família) pela revelação dos casos.

Assim, neste último caso, as intimidações costumam estar dirigidas especialmente às psicólogas, quando da elaboração de relatórios para a Justiça ou preparação de depoimentos para a audiência. Uma assistente social reproduziu as intimidações sofridas pelas suas companheiras de trabalho:

“Cuidado com o que a senhora vai escrever no relatório.”

“Cuidado com o que a senhora vai falar na audiência” (E3as).

Diante de tal intimidação, a resposta de uma psicóloga – de acordo com a assistente social – foi a seguinte: “*–Olhe o que eu vou falar e o que eu vou escrever é o que a criança me disse no atendimento*” (E3as).

Uma outra situação inquietante para os profissionais é quando há conflito entre pais separados que tratam a criança como um objeto para se atacarem, além de tentarem manipular a profissional “*de alguma forma, né?*” (E6ps). Em um determinado caso, tratava-se de um pai que mostrava comportamentos obsessivos que revelavam um transtorno psiquiátrico: o homem gravava, às escondidas, o teor das sessões no atendimento, das conversas com os

profissionais, das ligações telefônicas, bem como das audiências no Fórum de Justiça. E tirava *xerox* e autenticava todos os documentos que recebia. Mas a preocupação de uma das profissionais era mais pela segurança da criança do que a qualquer outra ameaça:

“... então é um pai bem complicado. É uma linha de psicopatia mesmo que a gente está vendo como é que intervém nessa questão dele tá com essa criança, que é o próprio filho dele. A gente percebe que é um brinquedo de pai e mãe, um querendo destruir o outro. É, a gente sabe que psicopata, nem todo psicopata é assassino, mas eu temo pela preservação desse menino. Como é que fica isso aí, é dele surtar e ver que não tem mesmo mais chances e acabar mesmo com a vida do menino” (E6ps).

Outro caso envolvendo pais separados também resultou em um episódio complicado para as profissionais do CERCA. De novo, a figura de um ex-marido transtornado que pretendia manipular o atendimento da criança: “*ele queria na verdade ter a guarda só para ele e a mãe sem ter direito de visita. (...) e ele dizia que a mãe era negligente com a filha e a mãe não era negligente*” (E3as). Nesse caso, os depoimentos da psicóloga e da assistente social em audiência foram determinantes para que ele perdesse a guarda e só tivesse direito a visitas. Pois testemunharam que aquele homem mostrou uma vez no Centro fotos da genitália da sua filha – que levava na carteira e exibia a tudo mundo. Em retaliação, o referido homem denunciou as profissionais nos respectivos Conselhos de Psicologia e de Serviço Social por suposto favorecimento da causa da mãe em juízo.

Diante de casos “problemáticos” como estes, no geral, é observada maior coesão das equipes profissionais do CERCA, que procuram coletivamente encontrar a melhor saída: “*A gente sempre senta, conversa sobre os casos (...). A gente sempre se reúne quando há um abacaxi desses, para ver como a gente pode dar melhor encaminhamento para isso (...)*” (E6ps).

Nesse sentido, em muitos dos casos conflitivos com familiares que foram relatados percebe-se que as estratégias de resolução passam pela articulação intersetorial com o sistema de Justiça criminal: “*e a gente está vendo aí: Justiça, Ministério Público também já veio para cá, a gente já conversou sobre esse caso, né. E vê como é que agente resolve isso aí*” (E6ps). Normalmente, quando são diagnosticados transtornos mentais no familiar problemático procura-se também dar um encaminhamento psiquiátrico (ao CAPS ou a especialistas em psiquiatria na rede de saúde).

Em certos casos de conflito conjugal, a estratégia tem sido limitar o atendimento apenas a um dos cônjuges (por uma questão de ética) e encaminhar o outro para um psicólogo na rede. Isso permite que o profissional não fique no meio “*administrando brigas*” e possa prosseguir o seu atendimento (E2ps). O sucesso do encaminhamento a outros setores vai depender bastante da habilidade pessoal da psicóloga, bem como da sua capacidade em “*dar um chega*” no parente, convidando-lhe a não procurar mais atendimento no Centro (E2ps, E6ps).

É digno de nota que alguns profissionais relataram casos em que enfrentaram alguns familiares um tanto agressivos (E6ps, E10as). Uma psicóloga do Sentinela/Recife lembrou de uma experiência negativa com uma familiar (mãe) envolvida em violência física:

Então assim o atendimento com essa mãe era muito preocupante, porque ela vinha muito agressiva para cima de mim. Ela vinha com aquela... aquela postura, não porque meus filhos, porque meus filhos, porque tem que bater para educar, tem que bater, ninguém me obedece, ninguém me obedece.

(...)

Realmente ela queria me afrontar. Ela dizia que o que estava acontecendo era mentira, porque eu disse pra ela que eu tinha observado hematomas no filho dela e queria entender o que estava acontecendo. Ela inventou mil mentiras e não disse o que estava acontecendo, eu digo “- oh! o teu filho me permitiu falar certas coisas para você, né. E o que ele me pediu também para falar para você, para que você parasse de espancá-lo”. A palavra que ele usou foi

espancar, e aí ela recuou, né? Porque a gente também tem que ter muito cuidado, né. É, a gente tem que ter muito cuidado com essa demanda que a gente atende, né? (E6ps) [o grifo é nosso].

No entanto, outras situações, que afortunadamente não tiveram nenhum desfecho trágico, mostram a proximidade com que estes profissionais lidam com pessoas perigosas. Uma psicóloga lembra do caso de um pai que havia assassinado a esposa. E que o pessoal do CERCA tinha conhecimento, mas ele contava que ela morreu por acidente.

Então a gente ficou com medo, assim. Como é que a gente vai trabalhar esse pai, não é? De repente. Mas não chegou a fazer nada não. (...) Isso porque assim, amedrontou mais assim, de início, né. Mas depois a menina ficou vindo com a avó, ele não trouxe mais (E4ps).

Em outra ocasião, uma avó que comparecia armada também deixou de vir, fazendo com que os profissionais não se preocupassem mais:

Teve uma avó de uma menininha que a gente percebia (...) que essa avó vinha armada pra cá. Ela tinha delírios religiosos, tudo dela ela enfocava a questão da religião, né? (...) a gente percebia que independente dela ser evangélica ou não tinha um conteúdo muito aflorado. (...) A gente percebia pela própria escuta, pela palavra dela mesmo. Pelo que... ela trazia para a gente, não era... não batiam as coisas (E6ps).

#### **7.4 ETHOS INSTITUCIONAL DE PROTEÇÃO ÀS CRIANÇAS**

Na análise do material coletado nas entrevistas surgiram elementos que levaram o pesquisador a esboçar uma nova hipótese interpretativa: a de que existe no espaço do CERCA um *ethos* institucional, gerado a partir da ação social criadora dos seus profissionais, destinado a converter o Centro em um âmbito de proteção para as vítimas atendidas, primando que não venham a acontecer potenciais re-vitimizações. O *ethos* institucional é entendido aqui

como uma força reguladora, balizada na forma de conceber a função do Centro, pautando o modo como os profissionais devem se comportar e relacionar no lugar de trabalho.

Convergiram para esta perspectiva construtivista a percepção de certas medidas e iniciativas levadas a termo pelos profissionais, às quais permitiram traçar os contornos normativos do contexto institucional do Centro. Seriam as seguintes:

**a) A capacitação para o sigilo das vítimas.** No início do funcionamento do CERCA, a equipe técnica “*teve uma preocupação muito grande (...) da questão do sigilo*” das vítimas. Essa preocupação foi traduzida na realização de uma capacitação com toda a equipe, incluindo especialmente o pessoal de apoio do Centro, que é composta por uma recepcionista, uma assistente de serviços gerais, dois seguranças e um motorista. Pretendia-se com isso conscientizar os mesmos da importância de ter uma postura de trabalho correta e em sintonia com as especificidades do funcionamento de um Centro que atende a crianças e adolescentes vítimas de violência.

A capacitação tratou sobre a questão dos tipos de violência e do sigilo e da discrição na recepção com relação às pessoas presentes no ambiente. Procurou-se, com isso, que não houvesse verbalização diante do público sobre os tipos de violência que cada criança sofreu, visando que as mesmas não sejam estigmatizadas. Concretamente, a recepcionista do Centro foi orientada a perguntar com discrição, quando as pessoas chegavam pela primeira vez no Centro, qual era o motivo da sua vinda.

...tem que ter este ponto de vista para perguntar a pessoa na recepção porque que o Conselho Tutelar encaminhou, para que a pessoa sinta uma segurança em dizer para ela e que as outras pessoas não escutem na recepção. Entendeu? Porque se a pessoa chega assim e diz: “– não porque eu fui vítima de violência sexual”, escutou na recepção, todo mundo fica querendo saber, querendo perguntar, não é? (E3as).

Outro ponto trabalhado naquela capacitação foi a necessidade de manter em sigilo a especialidade dos profissionais que atendem casos de violência no Serviço Sentinela, como também a daqueles que atuam no Programa de Saúde Mental. Quer dizer, procura-se não propagar entre os pacientes e visitantes do CERCA a identificação de quem atende violência e de quem é da saúde mental. Para que as pessoas que chegam ao Centro não possam relacionar que crianças atendidas por determinado profissional foram vítimas de que tipo de violência.

Para não dizer. Porque até as salas de atendimento ficam bem ali. Então, quando [*nome de uma psicóloga do Sentinela*] chama uma criança é, se todo mundo soubesse, todo mundo vai dizer: “– olha, essa daí foi vítima de violência”. Aí vai querer justificar o que fez, especular: que violência? né? Vai ter esta história. Tem toda esta história do sigilo. (E3as)

**b) A mudança de nome do Centro.** Quando o CERCA iniciou as suas atividades de atendimento, em 2002, chamava-se “Centro de Referência para Atendimento às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência”. Entretanto...

...algumas pessoas mais experientes disseram que isso não era bom porque isso expunha as crianças que aqui vinham, que... os adolescentes que vinham, que aí as pessoas iam fazer, “ah! Vão para aquele Centro porque já foram vítimas de violência”. Então a gente começou a chamar de CERCA. Só: Centro de Referência da Criança e do Adolescente. Aí a gente atualmente chama de CERCA (E1co).

Interpreta-se que a mudança de nome do CERCA deu-se para evitar a estigmatização social das crianças/adolescentes atendidas como “*vítimas da violência*”. No artigo de Ferreira e colaboradores (1999), informa-se que no Ambulatório de Atendimento à Família (AFF), no Rio de Janeiro, que também atende crianças/adolescentes vítimas de violência, a palavra ‘violência’, estrategicamente não aparece no nome do ambulatório porque se considera que

*“uma denominação que não explicita a violência pode evitar a estigmatização dessas crianças e suas famílias”* (p. 124).

Essa medida, portanto, vai de encontro com a capacitação sobre a questão do sigilo, anteriormente mencionada. A única nuance que as diferenciaria seria que a capacitação pretendia evitar a estigmatização por parte dos profissionais e do público interno (pacientes e visitantes), enquanto que a mudança de nome visava mais alcançar à sociedade como um todo.

Cabe salientar que, no tocante à violência sexual, a etiqueta de criança abusada na família (*“as meninas abusadas pelo pai”*) tem ainda uma carga, um tabu moral muito grande na sociedade. E como vimos nos casos de abuso de meninos (masculinos) é agravado por conta do tabu da homossexualidade. Não há dúvida que a denominação inicial do CERCA era contraproducente e a sua mudança, então, pertinente.

**c) A preocupação com o motorista.** Atualmente, há uma atenção especial do Sentinela para que quando uma criança/adolescente tenha que ir/voltar no transporte do Serviço, não vá sozinha com o motorista. Categoricamente são colocadas duas possibilidades para o uso do transporte do Centro: ou a adolescente vai com um familiar ou responsável (adulto) ou vai junto com uma pessoa da equipe técnica (educadores sociais, psicóloga, coordenador ou assistente social). Mas, nunca sozinha com o motorista.

Até o momento da realização do trabalho de campo desta pesquisa o CERCA já teve três motoristas. Foi avaliado que o primeiro deles não tinha “postura de trabalhar” no serviço. *“Porque quando saía para fazer visita domiciliar, quando ele via meninas na rua, ele buzina”* (E3as). Podemos inferir que a percepção desse gesto despertou um temor de que, de repente, o motorista pudesse chegar a assediar sexualmente alguma adolescente.

O segundo motorista que trabalhou no Centro levantou preocupação *“porque era muito jovem”* (sic). Então acharam importante ficar atentos *“porque as adolescentes podem pensar né que ele possa estar de uma forma ou de outra.”* [... disponível/interessado nelas?].

Note-se que aqui a noção de periculosidade sexual aparece associada à figura de um homem pelo fato dele ser jovem, revelando o imaginário social que representa a juventude masculina como impulsiva e perigosa<sup>30</sup>. Entretanto, este segundo motorista “*ele tinha uma postura profissional muito boa*” e era “*uma pessoa muito boa, religiosa, gosta de ajudar as pessoas*”. Com relação ao terceiro motorista, ele sabe que “*tem que levar as crianças e os adolescentes, que ele tem a postura de um técnico também*” (E3as). A maior confiança no segundo e terceiro motoristas, contudo, não foi suficiente para permitir situações em que uma adolescente pudesse viajar sozinha com um deles.

**d) A participação das psicólogas em audiências públicas.** Outra medida encontrada que visa proteger as vítimas e evitar a sua re-vitimização é o acompanhamento das psicólogas às vítimas nos Fóruns de Justiça. Na maioria desses casos trata-se de vítimas de abuso sexual. Essa atividade costuma supor maior dedicação da profissional, extrapolando os limites da jornada de trabalho. Mas isso é percebido como um esforço “*em prol do benefício das crianças, né? que algo seja feito*” (E6ps).

A participação das psicólogas em audiências tem dois objetivos. O primeiro é estar junto à vítima, oferecendo apoio emocional e cuidando do seu estado de especial fragilidade (E4ps). Nesse caso, a advogada pede ao juiz que permita que a psicóloga fique ao lado da criança ou do adolescente. E, em alguns casos, também pede para que a psicóloga faça declarações no seu lugar, sendo este o segundo objetivo. Apesar de ser uma estratégia de defesa, a importância do depoimento da psicóloga também se deve ao cuidado para que a vítima não fale de novo sobre o que aconteceu com ela, evitando assim, a sua re-vitimização psicológica:

---

<sup>30</sup> Esta associação entre juventude e periculosidade foi apontada pelo antropólogo Russell Parry Scott no IIIº Seminário sobre *Homens, Sexualidade e Reprodução*, realizado no Recife em 24 e 25 agosto de 2005. Em sua apresentação, o professor Scott explanou acerca do seu achado em pesquisa em Unidades Saúde da Família do Recife, em que os homens, e especialmente os jovens, evocavam sensação de perigo aos profissionais de saúde. Na sua interpretação os jovens ainda seriam considerados como praticantes de sexo não legítimos pela sociedade, em oposição aos adultos, do qual se derivaria a sanção da gravidez precoce (ver também SANTOS, 2006).

...têm muitos casos que são revelados no atendimento psicológico. Né, e pela avaliação, é melhor a psicóloga falar do que a própria criança falar. Porque ela vai ter que voltar toda a história de novo, né (E3as).

Além disso, existe uma questão normativa que propicia essa prática também. Se um juiz solicitar laudo ou parecer escrito acerca de determinado caso, a psicóloga só pode escrever se a criança verbalizou a situação de abuso ou não. Mas não pode redigir mais detalhes sobre o que foi revelado no atendimento. Assim, o único local em que o Conselho de Psicologia autoriza os profissionais a quebrarem o sigilo, verbalizando o que a criança falou no atendimento, é na frente do juiz.

Em qualquer caso, o compromisso das psicólogas com as pacientes é reforçado com esta prática, ao demonstrar coerência diante da família e legitimar a estratégia jurídico-terapêutica adotada no Centro de enfatizar a importância de denunciar, visando punir o abusador sexual. Vale lembrar que essa atividade é feita em articulação com a ONG CENDHEC, que promove o apoio jurídico às famílias, cujos casos tenham desdobramento judicial.

**e) a determinação de não admitir comportamentos violentos no espaço do CERCA.** Para fechar este assunto, reproduzimos a história contada por uma profissional da saúde mental relatando que um pai, nervoso, esperando atendimento, tirou o sapato para bater no filho de três anos. Naquela hora, a profissional, que estava chegando viu a cena e repreendeu o pai, lembrando que aquele era um centro de referência contra a violência e não iria permitir que ninguém cometesse violência no espaço:

Eu impedi! [*ênfase*]. Eu sou muito assim... Eu cheguei e me identifiquei, ele com a sandália na mão e eu disse a ele: “– Olhe, se o senhor vem procurar este serviço é porque o senhor está vendo que a sua forma de lidar com as dificuldades que vocês estão tendo não está sendo adequada. O senhor está buscando ajuda. Então se o senhor está vindo buscar ajuda aqui e aqui

é um centro de referência contra a violência, a gente não vai admitir que ninguém seja agredido aqui dentro”. Aí ele ficou meio assim, sabe. Era um senhor de um porte físico e ficou meio assim, me olhando meio assim, meio sisudo. Meio aborrecido, mas eu fiquei na minha, mantive. “– Nós vamos conversar calmamente, tudinho, mas a gente pede que as pessoas... aqui é o centro de violência, então, de começo não pode haver violência aqui dentro. A gente não admite” (E10as) [*os grifos são nossos*].

## 8 DISCUSÃO DAS HIPÓTESES INTERPRETATIVAS

Vimos que diversas práticas de intervenção protagonizadas pelas psicólogas ou pela assistente social do Sentinela/Recife apontavam diretamente para “a família”. Entre elas está o grupo família, a visita domiciliar e a orientação mensal. E, com o novo fluxo para o setor de psicologia de adultos, foram agregados o atendimento psicoterápico e os grupos terapêuticos. Entretanto, constatou-se que nestas práticas há uma exclusão dos familiares identificados como agressores sexuais e daqueles presos por terem cometido violência física.

A ênfase do trabalho está na vítima, especialmente no atendimento psicológico, que como vimos é o carro-chefe do serviço prestado no CERCA. Já para os familiares responsáveis, a atenção psicológica acontece na Policlínica e somente é indicada quando há necessidade de complemento de alguma terapia.

Nesse ponto, resulta paradoxal a inexistência de atendimento psicoterápico aos grupos familiares das vítimas no CERCA, quando a literatura científica sobre o tema assinala a pertinência desta forma de intervenção para lidar com famílias em situação de violência doméstica contra crianças e adolescentes (DESLANDES, 1994; FERREIRA et al., 1999; ARAÚJO, 2002; GUIMARÃES et al., 2004; DESLANDES; ASSIS, 2004; BRITO et al., 2005; VECINA, 2005; WERNER, 2006).

No capítulo 7.1.4 foram analisadas as dificuldades elencadas pelos profissionais para implantar intervenções terapêuticas voltadas para os grupos de familiares no Centro, principalmente de cunho estrutural: falta de vales-transporte, número reduzido de profissionais e precariedade na acústica da sala de grupo. Em contraste, as nossas hipóteses iniciais de trabalho procuraram compreender esta realidade a partir das diversas representações dos profissionais. Exploramos, abaixo, a capacidade explicativa de cada uma delas.

## 8.1 DISCUSÃO DA HIPÓTESE INTERPRETATIVA I

Examinamos primeiro a hipótese de que o possível temor dos profissionais em ter que lidar com determinados personagens perigosos influi na adoção ou não de certas formas de intervenção.

De acordo com os depoimentos dos profissionais, não há qualquer indício de que o funcionamento do Centro tenha sofrido impacto direto de algum episódio violento grave no passado. Contudo, mencionaram que são freqüentes tentativas de intimidações por parte de alguns familiares, e, por vezes, afloram situações problemáticas ou potencialmente perigosas, trazendo certa preocupação entre os servidores do Centro. Mas consideram que as mesmas não chegam a repercutir no ambiente de trabalho.

A análise das representações dos profissionais que realizam atendimento no Centro sobre os autores das violências revelou que há um senso bastante arraigado de que estes personagens já foram “vítimas” da violência em algum momento pretérito de suas vidas. Isso não justificaria, mas permitiria compreender o fenômeno da violência desde uma perspectiva técnico-profissional. No caso dos profissionais do PSM, esta representação é mais forte e aparece associada com a percepção da inserção dos jovens autores de violência em um entorno comunitário e uma estrutura social desigual e altamente violenta.

Mas se a noção do “autor como vítima” é aplicada de forma difusa a todos aqueles que cometem violência, há também uma forte convicção de que a Justiça tem que punir os que praticam violência grave, o que socialmente é considerada crime. Isso dividiria os autores simbolicamente em dois grupos: os atendíveis e os não-atendíveis no Centro. Estes últimos, embora haja o argumento de que precisam de apoio psicológico ou psiquiátrico, não são considerados de competência do setor saúde ou da assistência social, mas do Sistema de

Justiça Criminal. Apenas os profissionais do PSM contemplaram a possibilidade de que esse atendimento viesse a ser feito no setor saúde.

Cabe salientar que nos casos que correm na Justiça há uma tendência dos profissionais a empatizarem com as crianças e adolescentes vitimizados e os seus familiares próximos, que sofrem com a separação e vivenciam dolorosamente um desgaste emocional por ter que processar o familiar autor das violências. Nesses casos, os parentes que estão do lado da criança/adolescente vitimizada são mais facilmente identificados como vítimas, o que legitima o seu atendimento no Centro.

Pode aventar-se aqui a possibilidade de que justamente as famílias chefiadas por mulheres, amiúde catalogadas nos Programas de Proteção Social como “de risco”, nas quais a mãe é quase sempre a única alternativa para a criação dos filhos (e onde ela mesma pode ser autora de violências contra eles), podem estar recebendo mais solidariedade do Centro de referência. O que motivaria uma maior interação junto à mãe, que é responsável e, ao mesmo tempo, autora das violências.

A representação dos indivíduos perigosos aparece restrita a dois tipos de autores de violência: 1) os que cometeram qualquer tipo de violência física grave que resulta em prisão; 2) os de violência sexual, independente do grau da gravidade dos seus atos. Assim, o mapeamento desta caracterização coincide justamente com aqueles autores deliberadamente excluídos do atendimento.

É preciso notar que tanto os autores de violência física grave como os de abuso sexual são considerados perigosos, não para os profissionais, mas para as crianças/adolescentes em atendimento. Mais adiante nos deteremos a examinar, sob a perspectiva de uma nova hipótese interpretativa, o significado da exclusão ao abusador sexual no contexto institucional do CERCA.

Em qualquer caso, vemos como as representações dos autores de violência permitem explicar a prática da sua inclusão/exclusão no atendimento. Mas não interferem no processo de tomada de decisões acerca da adoção ou não de determinadas práticas de intervenção psicossocial. Isto se percebe claramente pelo seguinte detalhe: os autores de violência física moderada ou leve não são excluídos do atendimento. Mas, nesses casos, também não é realizado atendimento psicoterápico aos seus grupos familiares.

## **8.2 DISCUSÃO DA HIPÓTESE INTERPRETATIVA II**

As representações sociais dos profissionais sobre a violência contra crianças e adolescentes e as suas diversas manifestações demonstram que há uma familiaridade com o tema, adquirida pela experiência, bem como um conhecimento e uma compreensão profunda acerca de tais fenômenos. Isso é especialmente válido no tocante à violência sexual, principalmente entre aqueles que atuam no Sentinela/Recife.

Os dados coletados a respeito da experiência, formação e capacitação dos profissionais indicam claramente como há associação entre as mesmas e os tipos de intervenção e abordagens terapêuticas aplicadas no CERCA.

Por exemplo, as três psicólogas de saúde mental (de crianças, adolescentes e de familiares-adultos) aplicam no cotidiano as abordagens teórico-metodológicas que aprenderam em pós-graduações universitárias: a sócio-psicomotricidade Ramontier, a psicodrama e a bioenergética, respectivamente.

Diante da questão de porque não se pratica o atendimento psicoterápico ao grupo familiar, poder-se-ia argumentar que no CERCA ninguém estudou a abordagem sistêmica, que, a priori, é a mais próxima da questão de focar e atender ao grupo familiar.

No entanto, vimos na literatura como diversos autores convergem em defender a importância de trabalhar psicoterapeuticamente todo o grupo familiar desde diferentes abordagens, tais como a psicanalítica (GUIMARÃES et al., 2004), a psicossocial (ARAUJO, 2002), o próprio psicodrama (VECINA, 2005) e a teoria sistêmica (WERNER, 2006). A abordagem em si mesma, portanto, não é suficientemente explicativa para delimitar qual o tipo de intervenção.

Cabe salientar que na proposta de atendimento psicoterápico aos familiares adultos das vítimas na Policlínica, a psicóloga realizava apenas uma sessão com o triângulo familiar (pai, mãe e criança/adolescente). Naquela ocasião, a terapeuta, que tinha estudado bioenergética, prestava mais atenção ao relacionamento corporal da criança com o pai e com a mãe do que às interações e laços de dependência socioeconômicos, afetivos e morais entre eles. E esta, sim, parece ser uma questão mesmo da formação/capacitação do profissional.

Também resulta interessante que as três profissionais realizam ou já realizaram o mesmo tipo de intervenção, os grupos terapêuticos, aplicando neles os seus conhecimentos respectivos em tais abordagens. Continua aberta, portanto, a nossa questão. Por que não se realiza atendimento psicoterápico aos grupos familiares?

Entre os profissionais da psicologia do Serviço Sentinela, vimos como a qualificação para o trabalho com violência veio de experiências em estágio prévio no CENDHEC ou de capacitações promovidas por esta ONG. Os dados assinalam fortemente como o CERCA adotou o modelo de atendimento difundido pelo CENDHEC. Pois em diversas ocasiões os profissionais citaram ter assimilado as formas de intervenção executadas por aquela organização: no atendimento psicológico (terapia breve focal), no trabalho da assistente social (grupos-família) e no dos educadores sociais (oficinas de prevenção).

Leve-se em conta que o CENDHEC é uma instituição mais antiga que o CERCA e acumula mais experiência em atender às vítimas de violência doméstica, além de desenvolver

um projeto de capacitação. Esta ONG iniciou o atendimento às vítimas da violência a partir do viés de quem toma partido por um dos lados em litígio em causas judiciais. Inicialmente, o CENDHEC dava apenas assessoramento jurídico às famílias com crianças/adolescentes vítimas de abuso sexual. Mas quando se deram conta de que os familiares que enfrentavam processos judiciais apresentavam fragilidade emocional que podia tornar-se um empecilho, incorporaram também o atendimento psicológico aos familiares.

Já o CERCA sentiu a necessidade de encaminhar as famílias das vítimas para assessoramento e acompanhamento jurídico no CENDHEC. Pois precisava dar vazão ao eixo da defesa e responsabilização, de acordo com o previsto no Plano Municipal de Enfrentamento à Violência e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes do Recife.

Chagamos assim à conclusão de que além das capacitações, esta estreita parceria estabelecida com o CENDHEC é o fator determinante para compreender o viés inerente ao modelo de atendimento do Sentinela/Recife, claramente orientado a proteger a vítima e punir o “agressor sexual”.

### **8.3 DISCUSÃO DA HIPÓTESE INTERPRETATIVA III**

A partir dos dados levantados nesta pesquisa pode-se inferir que o modo como os profissionais do Centro representam as idiosincrasias das famílias atendidas não é fator relevante para explicar a adoção ou não de determinados tipos de intervenção. Entretanto, foram identificadas certas circunstâncias e características nas famílias atendidas que levam a tornar mais complicada e difícil a tarefa de organizar algumas atividades no Centro, como por exemplo, o grupo-família ou os grupos psicodramáticos de mães.

*A priori*, os profissionais acreditam nas possibilidades reais de cada família em reverterem suas dinâmicas de violência. E não se encontraram indícios de que a percepção

destas como desestruturadas e/ou disfuncionais compromete tal expectativa. Aliás, há uma ênfase em não relacionar nenhuma descontinuidade intrínseca entre as famílias que acodem ao Serviço e as que não precisam dele. Ou seja, consideram que as que necessitam de apoio são tão normais como as do resto da sociedade.

Assim, nos dados levantados não há elementos que apontem na mesma direção da suspeita de Deslandes e Assis (2004), para quem as expectativas pouco alentadoras dos profissionais com relação a certos casos podem contribuir com o insucesso da intervenção.

Certamente, se o profissional tem como ponto de partida, consciente ou inconscientemente, que é muito difícil haver a superação de modelos violentos e de suas conseqüências, então a ação dificilmente vai promover ou “enxergar” possíveis mudanças. À medida que o profissional acredita que a família possa se modificar, há uma transferência dessa credibilidade para a família e ela passa a ser co-participante no processo de superação ou redução da violência (DESLANDES; ASSIS, 2004: 110).

A percepção da irresponsabilidade e descomprometimento das famílias atendidas no CERCA, quando aparece, é projetada especificamente na imagem daquelas que desistem, que se “evadem”. Mas o profissional não tem como prever no início de um tratamento se uma família irá desistir ou não de concluir o tratamento. Isso só poderá ser descoberto *a posteriori*. Além disso, no CERCA, procura-se resgatar ao tratamento os pacientes com três faltas no atendimento mediante visita domiciliar, o que se configura em um esforço da equipe técnica por minimizar a problemática da desistência, independente da eficácia da medida.

A qualificação de “irresponsáveis” atribuída às famílias que se evadem é concebida nos depoimentos dos profissionais como frouxidão moral daqueles que deveriam proteger as crianças e os adolescentes. Estes seriam simbolicamente vitimados de novo pelos pais/responsáveis que não aproveitariam a oportunidade de mudança oferecida pelo Centro, deixando de se engajar no atendimento. Mas, ante esta representação é preciso alertar o risco

de que a generalização dos casos obscureça outras circunstâncias na vida das famílias que podem estar provocando a desistência, como mostraremos em breve.

Além disso, caberia indagar se a própria noção de “*evasão*”, tão comum entre os profissionais do Centro, não revela em si uma noção de obrigatoriedade do tratamento para as famílias. Pois quem se “*evade*” de um lugar, o faz por considerar uma medida imposta, porque foi obrigado por um poder institucional superior, reforçando assim uma visão distorcida propagada pelo Conselho Tutelar.

Pois, segundo alguns profissionais, a resistência inicial e a “*evasão*” de certas famílias, em parte, é um comportamento motivado por uma circunstância extrínseca a elas: seriam casos encaminhados pelo Conselho Tutelar, que inocularia o medo nas famílias e projetaria uma pecha de obrigatoriedade ao tratamento. Isso levaria a uma maior propensão ao insucesso no desfecho dos casos.

É possível observar como os profissionais enxergam que determinadas características das famílias atendidas constituem-se em empecilhos ao seu acesso ao Centro e ao desenvolvimento de certas formas de intervenção. No que tange às peculiaridades dos arranjos domésticos, os profissionais destacam a ausência ou pouca participação da figura masculina conjugal/paterna na vida doméstica. Esta circunstância compromete as possibilidades de desenvolvimento de certas formas de intervenção, bem como as reais chances de participar assiduamente das atividades oferecidas no Centro. Pois essas mães precisam levar dinheiro para casa e, supostamente, nem sempre teriam tempo necessário para levar a criança ao atendimento ou participar de certas atividades de grupo. Aqui fica destacado o risco de qualificar prematuramente de irresponsáveis as famílias que deixam de comparecer ao atendimento, em função do reducionismo sobre questão tão complexa como a do abandono das famílias.

Cabe salientar que a profissional do programa de saúde mental que observou tais circunstâncias reconheceu que essa realidade foi um dos dois fatores que a levaram a desistir da realização de grupos psicodramáticos de mães semanalmente no CERCA (o outro foi a péssima acústica da sala de grupo no Centro).

Diante da situação generalizada de pobreza entre a clientela do CERCA, cabe evocar a análise de Miotto (2004), para quem os programas de apoio sociofamiliar padecem “*o problema da permeabilidade dos limites das famílias, da sua vida privada em relação aos órgãos do Estado e de seus representantes*”. Para a autora, esta permeabilidade seria diretamente proporcional à vulnerabilidade social das famílias.

As “famílias pobres desestruturadas” são mais facilmente visitadas por uma assistente social para verificar suspeitas de violência, educação inadequada. As famílias consideradas normais conseguem defender com mais facilidade a sua privacidade, esconder com mais sucesso as suas violências e buscar alternativas de soluções sem publicização. (MIOTTO, 2004: 50).

Foi constatada também na representação da clientela atendida a vigência do princípio da cidadania invertida, segundo o qual *o acesso aos programas de apoio sociofamiliar implica a comprovação do fracasso dos indivíduos* (SPOSATI, 1985 apud MIOTTO, 2004). Esta realidade é traduzida no CERCA em sofrimento e resistência das famílias ao atendimento, demandando um investimento diferencial por parte dos profissionais nos contatos iniciais para contornar tal situação.

Finalmente, deve-se levar em consideração que nos casos de abuso sexual a representação desta família aparece sutilmente limitada aos familiares da vítima, sem contar nem a própria vítima nem o familiar-abusador. Essa imagem revela uma dicotomização dupla. Primeiro, entre a “vítima” e o “agressor sexual”. E segundo, entre o “atendimento à vítima” e o “atendimento à família”. Do cruzamento dessas percepções, gera-se uma representação

excludente que surge do posicionamento incondicional dos profissionais e do Centro a favor da vítima e contra o abusador.

Deve-se alertar que o atendimento exclusivo e individual às vítimas e a exclusão dos agressores nos circuitos institucionais de enfrentamento ao abuso sexual pode levar à perpetuação da agressão, pois o agressor dificilmente irá procurar atendimento por conta própria (GUIMARÃES et al. 2004: 82). Por sua vez, outros exemplos retirados da literatura (ARAÚJO, 2002; WERNER, 2006) mostram que, para a construção de serviços específicos para autores de abuso sexual, a parceria institucional com universidades (e a iniciativa de certos professores) revela-se de fundamental importância. E pode-se levantar a hipótese de que, perante a inexistência de pessoal clínico preparado para atender a esta problemática, o saber e a capacidade de inovação da academia tomam uma posição de vanguarda, desbravando o caminho que ainda resta por ser trilhado pelo setor público.

Resulta oportuno ter em mente a opinião da profissional do Sentinela que considerava os casos de violência psicológica por conflito conjugal mais complicados de resolver do que aqueles por abuso sexual ou agressão física. Pois estes não resultam em problemas para o Centro pelo fato de o cônjuge estar ausente (foragido do lar, preso ou afastado do convívio familiar). Já os casos de violência psicológica podem levar os profissionais a envolverem-se, sem querer, no litígio matrimonial. Desta forma, demandam uma visão mais ampliada do que permite a especificidade do recorte “violência contra crianças” com que se costuma a trabalhar.

Em suma, percebe-se claramente como o paradigma do indivíduo-problema (MIOTO, 2004) como princípio organizador dos programas de apoio sociofamiliar no Brasil revela-se com toda a sua clareza nas situações levantadas em campo.

#### 8.4 NOVA HIPÓTESE INTERPRETATIVA

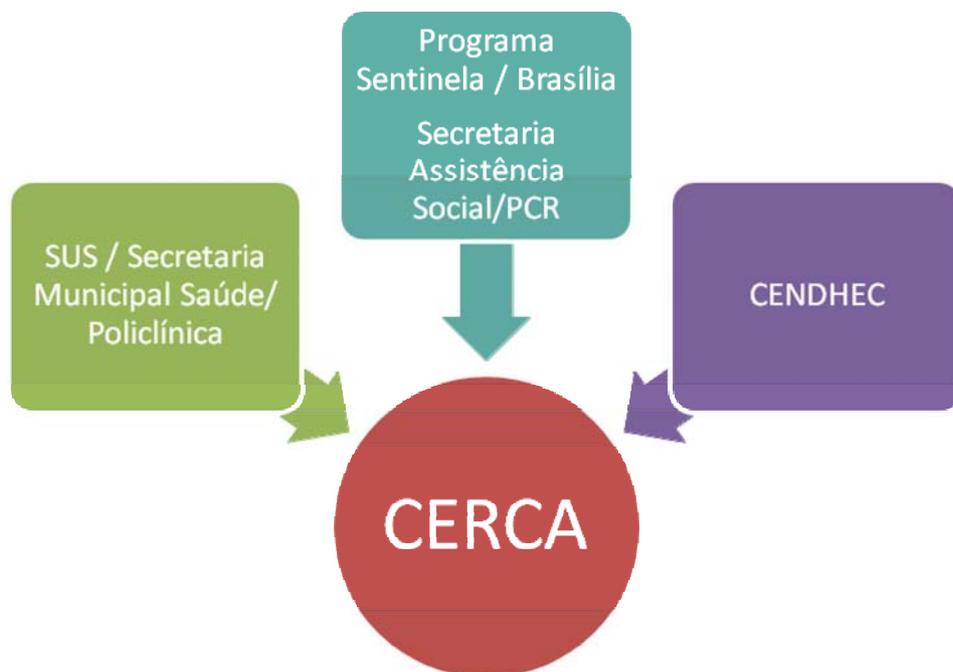
Foi observado anteriormente, quando analisamos a questão do autor de violência sexual e sua exclusão explícita do espaço do CERCA, que por trás da prática havia uma representação desse personagem como uma figura que evocava perigo para as crianças e adolescentes. É importante frisar que a periculosidade do abusador sexual é concebida em duas nuances: a) o perigo é considerado real para todas as crianças do Centro, pelo fato de que um abusador pode aleatoriamente vitimar qualquer uma delas; b) ou o perigo está em expor psicologicamente a criança concreta X que foi vitimizada pelo “agressor sexual” Y, podendo gerar “*um constrangimento emocional*” (insegurança e desconforto) caso a vítima saiba que aquele abusador está sendo atendido no mesmo centro que ela, talvez até pela mesma psicóloga.

Caberia explorar, ainda, até onde as noções culturais de pureza e perigo, estudadas por Mary Douglas (2007 [1966]) em outros âmbitos e contextos, não se aplicam também no problema em pauta: no qual a proximidade entre a criança (o puro) e o abusador (o perigo) revela uma ordem moral própria de nossa sociedade.

Em qualquer caso, para interpretar a conexão (teórica) entre a representação do abusador como perigoso e a prática da exclusão, o que resulta significativo é um contexto institucional marcado por um determinado *ethos* compartilhado pelos diversos profissionais que trabalham no Sentinela/Recife. Nesse ponto, é importante lembrar que a função da hermenêutica “não é desenvolver um procedimento de compreensão, mas esclarecer as condições sob as quais a compreensão é possível” (CAMPOS, 2005:266).

Figura 5: Novo Modelo teórico interpretativo:

## MODELO ATENDIMENTO INDIVÍDUO-PROBLEMA



## 9 CONCLUSÃO

O modelo de atendimento psicossocial desenvolvido no Sentinela/Recife consolidou-se, coerentemente, em torno da priorização das vítimas de violência, com destaque para aquelas abusadas sexualmente. Todavia, ao longo dos anos, outros integrantes do grupo doméstico foram incorporados à dinâmica de atendimento. Isso ocorreu progressivamente, de forma parcial e mediante novas formas e estratégias de intervenção e encaminhamento (grupo-família, atendimento psicoterápico individual, grupos terapêuticos).

A idéia de que os serviços de apoio sociofamiliar organizam-se em torno de indivíduos-problema é plenamente adequada para descrever e entender a realidade pesquisada neste trabalho. Isso fica evidente quando é apontada a necessidade de atendimento ao “agressor sexual”. A solução recorrentemente indicada pelos profissionais é a de que sejam estruturados novos serviços, independentes do CERCA para atender tal demanda. Esta proposta alinha-se na atomização do atendimento da realidade familiar, a partir de outro indivíduo-problema, que não a vítima – aliás, o indivíduo que está do outro lado do problema!

Como foi visto, por trás de argumentos para explicar a segregação de vítimas e agressores sexuais da mesma família, projeta-se uma sombria imagem do abusador sexual como um transgressor perigoso, que o eleva à categoria de “monstro social”. Esta não seria uma imagem exclusiva dos profissionais, senão que pertencente ao imaginário social popular.

Assim, o reconhecido despreparo das instituições assistenciais em praticamente todo o Brasil para atender o abusador sexual intrafamiliar leva a pensar o quanto a representação de perigo e transgressão que evoca tal figura, contraposta à imagem de pureza da infância, não está por trás das práticas de exclusão. Quer dizer, é possível que a constante exclusão dos autores de violência sexual na maioria dos circuitos de enfrentamento ao abuso sexual tenha a ver com a sua representação de transgressores perigosos, refletindo uma ordem social mais

profunda que privilegia as crianças como o seu elemento mais puro e procura afastar potenciais perigos corruptores dessa pureza.

Desde o ponto de vista teórico que suscitou esta pesquisa, concluímos que não é possível analisar e interpretar as conexões entre as representações (do perigo do abusador) e as práticas dos profissionais (de exclusão do mesmo), mecanicamente, num vazio conceitual. Pois é preciso levar em consideração o contexto em que ambas são geradas e estão inscritas. Aqui, o que outorga poder explicativo à conexão entre o sentido da representação e a intenção da prática é justamente um *ethos* institucional de proteção às vítimas, forjado ao longo dos anos de funcionamento do Centro, e coerente com a sua proposta de atendimento a um determinado público: as crianças e adolescentes vítimas de violência.

Contudo, deve-se apreciar certo efeito paradoxal: na mesma medida em que o *ethos* institucional zela por evitar a re-vitimização das crianças e adolescentes atendidas, as práticas institucionais terminam inevitavelmente por sublinhar e reforçar a identidade de “vítima”, polarizada e dicotomizada com relação à identidade do “agressor”. Justamente porque é o público infanto-juvenil que está no centro das atenções e é o alvo das intervenções e não o grupo familiar como um todo. Em qualquer caso, seriam necessárias outras pesquisas para avaliar como as crianças/adolescentes atendidas vivenciam essa situação no seio da família e qual o efeito da intervenção nas suas subjetividades.

Com relação ao modelo teórico-interpretativo proposto, os dados empíricos coletados neste estudo fortaleceram especialmente a segunda hipótese: a de que as práticas de atendimento dependem sobremaneira do modelo de atendimento trabalhado desde a capacitação. Em conseqüência, conclui-se que a capacitação dos profissionais continua sendo um fator-chave para a transformação das práticas, bem como para a conformação de novos olhares sobre os sujeitos atendidos.

Resulta louvável a iniciativa de uma profissional da psicologia em abrir um canal de encaminhamento prioritário de familiares de crianças e adolescentes vítimas de violência do CERCA para o serviço de psicologia de adultos da Policlínica. Contudo, experiências desta natureza, mesmo alcançando resultados positivos, precisam de respaldo gerencial para ser institucionalizadas. Do contrário, podem tornar-se tão finitas quanto a presença do profissional no Serviço.

Foi observado que esta iniciativa particular significou uma mudança substancial de prática. Chamou a atenção que também afetou o modo como a profissional passou a enxergar esse público. O novo encontro com a alteridade, propiciado pelas sessões de psicoterapia, a fez perceber traços de vítima naqueles familiares. Esse achado confirma a suposição teórica de que deve manter-se um modelo de circularidade entre as práticas e as representações.

Deve ser aplaudida a prática de monitoramento e inserção social e laboral dos adolescentes atendidos no Programa de Saúde Mental (PSM). Esta se coaduna com um modelo de atendimento menos focado nos cuidados imediatos à vítima e mais aberto à inserção comunitária da mesma, a médio e longo prazo. Além disso, a inclusão de algumas mães desempregadas nos cursos de inserção laboral demonstra uma sensibilidade em reconhecer que a problemática econômica das famílias também afeta as suas possibilidades de recuperação.

A prática do monitoramento dos casos feita no PSM é uma experiência que poderia ser adotada ou adequada à dinâmica do Sentinela/Recife. Isso permitiria ter um *insight* posterior mais aprofundado sobre os casos atendidos que tiveram alta do que com a prática pontual do *follow up* (seguimento). Pois possibilitaria descobrir se houve reincidência ou não num período de tempo maior, qual foi o desenlace das famílias nos processos de separação do autor da violência etc. Este conhecimento, aliás, poderia gerar informações que, devidamente

registradas e analisadas, lançassem luz sobre os fatores que favorecem ou atrapalham o sucesso destas experiências.

Por último, porém não menos importante, – e tendo-se em conta a repercussão que as conclusões de um trabalho acadêmico *strito sensu* podem ter no mundo dos serviços –, abrimos espaço ao clamor dos profissionais por melhores condições de atendimento para as famílias: o que poderia ser propiciado com o aumento da quantidade de vales-transporte destinados aos pacientes e suas famílias; liberação das ligações do Centro para telefone celular, já que muitas destas famílias não dispõem de telefone fixo; priorização dos encaminhamentos no espaço da Policlínica para os familiares; e melhoria no isolamento acústico da sala de grupo, garantindo o sigilo necessário ao atendimento psicoterápico. Pequenos condicionantes que se convertem em grandes empecilhos. Que sendo solucionados contribuiriam para promover atendimento universal, integral, eqüitativo, efetivo, eficiente e de qualidade aos cidadãos que necessitam do serviço.

## 10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES. P. C.; RABELO, M. C. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/doença. In: ALVES. P. C. ; RABELO, M. C. *Antropologia da Saúde: traçando identidades e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ed. Relume Dumará, 1998. p. 107-121

ARAÚJO, M. F. Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo*, 7(2), p. 3-11, 2002.

ARENDT, H. *Sobre a violência*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, [1969] 1994. 114 p.

ASSIS, S. G. Aspectos conceituais da violência na infância e adolescência. In: LIMA, C.A. (Coord.) et al. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 39-45.

\_\_\_\_\_.; CONSTANTINO, P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 163-198.

\_\_\_\_\_.; DESLANDES, S. F. Abuso físico em diferentes contextos de socialização infanto-juvenil. In: LIMA, C.A. (Coord.) et al. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 47-57.

\_\_\_\_\_.; AVANCI, J. Q.; SANTOS, M. C. et al. Violência e representação social na adolescência no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(1), p. 43-51, 2004.

BARBOSA, H., PAIM, I., KOSHIMA, K. et al. *Programa Sentinela Nacional*. Disponível em <[http://www.cedeca.org.br/publicacoes/constr\\_21.pdf](http://www.cedeca.org.br/publicacoes/constr_21.pdf)> Acesso em: 27/01/07.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: ed. 70 (3ª ed.), [1977] 2004. 223 p.

BARROS, E. Política de saúde no Brasil. A universalização tardia como possibilidade de construção do novo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 1(1), p. 5-38, 1996.

BASTOS, A. C. S.; ALCÂNTARA, M. A. R. Atenção psicossocial a crianças e adolescentes sujeitos à violência intrafamiliar. In: LIMA, C. A. (Coord.) et al. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 87-104.

\_\_\_\_\_; TRAD, L. A. B. A família enquanto contexto de desenvolvimento humano: implicações para a investigação em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 3(1), p. 106-115, 1998.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. (2ª ed. atualizada) Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_. *Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências*. Brasília: Ministério de Saúde (2ª ed.), [2001] 2005.

\_\_\_\_\_, MINISTÉRIO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. Programa Sentinela. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas>> Acesso em: 28/01/07.

BRITO, A. M. M.; ZANETTA, D. M. T.; MENDONÇA, R. C. V. et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (1), p. 143-149, 2005.

CAMPOS, R.O. “Pesquisa qualitativa em políticas, planejamento e gestão em saúde coletiva”. In: BARROS, N.F.; CECATTI, J.G.; TURATTO, E.R. *Pesquisa qualitativa em saúde: múltiplos olhares*. Campinas, SP: UNICAMP/FCM, 2005. p. 261- 271.

CARDOSO, C. F. Introdução: uma opinião sobre as representações sociais. In: CARDOSO, C. F.; MALERBA, J. (Org.). *Representações: Contribuições a um debate transdisciplinar*. Campinas, SP: Papyrus, 2000. p. 9-39.

CARDOSO, M. H. C. A.; GOMES, R. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (2), p. 499-506, 2000.

CAVALCANTI, L. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (1), p. 31-39, 2006.

COMAS d'ARGEMIR, D. Els canvis en les estructures i formes de convivència. In: DIPUTACIÓ DE BARCELONA. *La Nova Europa Social i els Municipis*. Barcelona: Diputació de Barcelona, 1997. p 11-36.

CONDEPE – INSTITUTO DE PLANEJAMENTO DE PERNAMBUCO. *Pernambuco em dados. Ano 2001*. Recife: Governo de Pernambuco, 2001. 64 p.

CRAMI-CAMPINAS (Org.). *Abuso sexual doméstico: atendimento às vítimas e responsabilização do agressor*. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF (2ª ed.), [2002] 2005. 95 p.

DESLANDES, S. F. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10 (supl.1), p. 177-187, 1994.

\_\_\_\_\_. *Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. 194 p.

\_\_\_\_\_. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.). *Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 157-184.

\_\_\_\_\_ ; ASSIS, S.G. (Coord.). *Famílias - Parceiras ou usuárias eventuais?: Análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes*. Brasília: Claves/ENSP/Fiocruz, Unicef; 2004. 204 p.

\_\_\_\_\_ ; GOMES, R. Atuação dos serviços de saúde: dois modelos como inspiração. In: LIMA, C.A. (Org.) et al. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 197-203.

\_\_\_\_\_ ; PAIXÃO, A. C. W. Humanização da assistência às vítimas de abuso sexual. In DESLANDES, S.F. (Org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 301-320.

\_\_\_\_\_ ; ASSIS, S.G.; SANTOS, N.C. Violência envolvendo crianças no Brasil: um plural estruturado e estruturante. In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *IMPACTO da Violência na Saúde dos Brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 43-77.

\_\_\_\_\_ ; SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. et al. Diagnostic characterization of services providing care to victims of accidents and violence in five brazilian state capitals. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(2), p. 385-396, 2006.

DOUGLAS, M. *Pureza y peligro*. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabu. Buenos Aires: Nueva Visión, 2007. 207 p.

DURHAM, E. R. Família e casamento. *Anais do III Encontro Nacional de Estudos Populacionais*. Vitória, v.1, p. 31-43, 1982. Disponível em <<http://www.abep.org.br/>>. Acesso em 05/02/07.

FERREIRA, A. L.; GONÇALVES, H. S.; MARQUES, M. J. V. et al. A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à Família: entraves e possibilidade de atuação. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(1), p. 123-130, 1999.

FLICK, U. “Entrevistas semi-estruturadas”. In: FLICK, U. *Uma introdução à Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Bookmann, 2004. P. 89-108.

GODOY, A. S. Estudo de caso qualitativo. In: *Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais*. Paradigmas, estratégias e métodos. São Paulo: Saraiva, 2006. p.115-146.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) et al. *Pesquisa social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 67-80.

\_\_\_\_\_ ; ALMEIDA, A. B. B.; ECHEINS, I. B. et al. A saúde e o direito da criança ameaçados pela violência. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 7(3): p. 05-08, 1999.

\_\_\_\_\_ ; MENDONÇA, E. A.; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5), p. 1207-1214, 2002.

\_\_\_\_\_ ; SILVA, C. M. F. P.; NJAINE, K. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(1), p. 171-181, 1999.

\_\_\_\_\_ ; SOUZA, E.R.; MINAYO, M. C. S. et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.). *Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 185-221.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L.; MARQUES, M. J. V. Avaliação do serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública*, 33(6), p. 547-553, 1999.

GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, A. La concepción estructural de las teorías y el concepto de “relatedness”. In GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, A.; MOLINA, J.L (Coords.). *Abriendo surcos en la tierra. Investigación básica y aplicada en la UAB*. Barcelona: Servei de Publicacions de la UAB, 2002. p. 396-421.

\_\_\_\_\_. *Crítica de la singularidad cultural*. Barcelona/México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana, 2003. 492 p.

GOODE, W. A família enquanto componente da estrutura social. In: GOODE, W. *A família*. São Paulo: Livraria Pioneira ed., [1964] 1970.

GUIMARÃES, N. A.; FARIAS, E. P.; BARBOSA, A. M. F. C. O incesto como problema de violência: atendimento e estratégias de interrupção. In: LIMA, C. A. (Coord.) et al. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 81-86.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*.. Rio de Janeiro, 1, p. 23-36, 1991.

HITA, M. G. A família em Parsons: pontos, contrapontos e a perspectiva de modelos alternativos. *Revista Antropológicas*. Recife, Ano 9, v. 16(1), p. 109-148, 2005.

LIMA, M. L. C. ; SOUZA, E. R.; XIMENES, et al. Evolução dos homicídios por área geográfica em Pernambuco entre 1980 e 1998. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), p. 462-469, 2002.

MENEGUEL, S.; ARMANI, T.; SEVERINO, R.; et al. Cotidiano violento – oficinas de promoção em saúde mental em Porto Alegre. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), p. 193-203, 2000.

MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1), p. 7-18, 1994.

\_\_\_\_\_. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*., Recife, 1(2), p. 91-102, 2001.

\_\_\_\_\_. A violência dramatiza causas. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.). *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 23-47.

\_\_\_\_\_. Contextualização do debate sobre violência contra crianças e adolescentes. In: LIMA, C.A. (Org.) et al. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. p. 13-16.

\_\_\_\_\_. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo: HUCITEC (8ª ed.), [1992] 2004b. 269 p.

\_\_\_\_\_. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *IMPACTO da Violência na Saúde dos Brasileiros*. Brasília, Ministério da Saúde, 2005. p. 9-33.

\_\_\_\_\_. The inclusion of violence in the health agenda: historical trajetory. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(2), p. 375-383, 2006a.

\_\_\_\_\_. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde*. São Paulo: HUCITEC (9ª ed. revista e aprimorada), [1992] 2006b. 406 p.

\_\_\_\_\_; ASSIS, S. G. Violência e Saúde na infância e adolescência: uma agenda de investigação estratégica. *Saúde em Debate*. Londrina, nº 39, p. 58-63, 1993.

\_\_\_\_\_; LIMA, C. A. Filosofia e Práxis da proteção integral: o feito e o por fazer sob o olhar da saúde. In: LIMA, C.A. (Org.) et al. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 249-255.

\_\_\_\_\_; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(1), p. 7-23, 1999.

\_\_\_\_\_; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.). *Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 244 p.

MIOTO, R.C.T. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sociofamiliar. In: SALES, M. A.; MATOS, M.C.; LEAL, M.C. (Orgs.). *Política Social, Família e juventude*. São Paulo: Ed. Cortez, 2004, p. 43-60.

NIIMI, R. Apresentação. In: DESLANDES, S.F; ASSIS, S.G. (Coord.). *Famílias - Parceiras ou usuárias eventuais?: Análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes*. Brasília: Claves/ENSP/Fiocruz, Unicef; 2004. p. 9-10.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Convenção sobre os Direitos da Criança, [1989]. In: CEDCA-PE. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Recife: Governo do Estado de Pernambuco, 2001. p. 143-181.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Informe Mundial sobre la Violência y la Salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2003. 374 p.

PEREIRA-PEREIRA, P. A. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. A.; MATOS, M.C.; LEAL, M.C. (Orgs.). *Política Social, Família e juventude*. São Paulo: Ed. Cortez, 2004, p. 25-42

QUEIROZ, M. S. Representações sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. In: BARATA, R.B.B; BRICEÑO LEÓN, R. (Orgs.). *Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 27-46.

REICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M. H.; MORAES, C. L. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(1), p. 109-122, 1999.

SANCHEZ, R. N.; MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde. In: LIMA, C.A. (Org.) et al. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 29-38.

SAN ROMÁN, T. De la intuición a la contrastación: el trabajo de campo en antropología y en la formación de los nuevos antropólogos. In: GONZÁLEZ ECHEVARRÍA, A. (Coord.). *VIII Simposio Epistemología y Método. VII Congreso de Antropología Social*, Zaragoza: Federación de asociaciones de antropología del Estado Español, 1996. p. 167-178.

SANTOS, D. A. Políticas públicas e família: o Programa de Saúde da Família em questão. In: CAMPOS, R. B. C.; HOFFNAGEL, J. C. (Orgs.). *Pensando família, gênero e sexualidade*. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2006. p. 99-132.

SARTI, C.A. *A família como espelho*. São Paulo: Ed. Cortez, 2007 (4ª edição). 152 p.

SCHRAIBER, L. B.; d'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO M. T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Revista de Saúde Pública*, 40 (núm esp.), p. 112-120, 2006.

SCOTT, R. P. A família brasileira diante de transformações no cenário histórico global. *Revista Antropológicas*. Recife, nº 9, p. 217-242, 2005.

SEGALEN, M. *Sociologia da Família*. Terramar, Lisboa, [1996] 1999.

SINGLY, F. *Sociologia da família contemporânea*. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2007. 206 p.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs.). *Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 133-156.

STOLCKE, V. The slavery period and its influence on household structure and the family in Jamaica, Cuba and Brazil. In: BERQUÓ, E.; XENOS, P. (Eds.). *Family Systems and Cultural Change*. Oxford: Clarendon Press, 1992.

VECINA, T. C. C. Reflexões sobre a construção dos papéis de vítima, vitimizador e não protetor nas situações de violência intrafamiliar. In: SILVA, H. O.; SILVA, J. S. *Análise da violência contra a criança e o adolescente segundo o ciclo de vida no Brasil: conceitos, dados e proposições*. São Paulo: Global; Brasília: Unicef, 2005. p. 161-178.

WERNER, M. C. M. Terapia familiar no abuso sexual. In : ATF-RIO ASSOCIAÇÃO DE TERAPIA DE FAMÍLIA DO RIO DE JANEIRO (Coord.). *Diversidades e abordagens na família brasileira*. Rio de Janeiro: Booklink, 2006. p. 118-127.

## APÊNDICE A – GUIA DE ENTREVISTA AO GESTOR DA INSTITUIÇÃO

*A pesquisa quer tratar questões teóricas sobre a prática do atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência. E vai tomar, como estudo de caso, este Centro. Por isso, se faz preciso levantar alguns dados sobre o contexto em que se produz o atendimento dos profissionais. Mas isso não significa que, de modo algum, vai estar se avaliando o funcionamento do mesmo. Esta não é uma pesquisa de avaliação.*

### HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO:

- Quando começou a funcionar o Centro?
- O que propiciou a criação do Centro?
- Quais são os seus objetivos? Mudaram com o tempo?
- Quais as principais dificuldades desde os seus inícios?
- Há outras instituições parceiras do Centro? De que forma colaboram?

### ATUAÇÃO

- Quais são as formas de intervenção realizadas pelo Centro?
- Há alguma abordagem teórico/metodológica adotada prioritariamente pelos psicólogos do Centro (sistêmica, psicanalítica etc.)?
- O Centro está especializado em alguma forma concreta de violência (física, sexual etc)?
- O Centro dá alguma prioridade aos casos de determinada forma de violência sobre outra?
- Realiza algum tipo de ação de prevenção? De que nível (1º, 2º, 3º)?
- Pode explicar experiências de prevenção já realizadas?

### CLIENTELA

- Qual é a clientela do Centro? Adolescentes... até qual idade?
- Realizam atendimento às famílias?
- A instituição realiza atendimento ao agressor?

## CONDIÇÕES

- Quantos profissionais tem o Centro? Qual é a formação deles?
- Atualmente, quais são as principais dificuldades que o serviço enfrenta para atingir os seus objetivos?
- Considera que o Centro dispõe dos recursos necessários para o bom desempenho das suas funções? (recursos humanos e orçamentários)
- Qual a forma de contratação dos funcionários (terceirizados, concursados etc.)
- Há alguma normativa setorial da prefeitura que regule o funcionamento do Centro. Qual?

## FUNCIONAMENTO

- O Centro funciona durante o ano inteiro? Qual o horário de atendimento?
- Realizam-se reuniões de equipe para discutir os casos? Com que frequência?
- Qual é o fluxo do atendimento das famílias? Quais são as fases do atendimento (p.ex. recepção, entrevista, atendimento psicológico etc.)
- Esse fluxo é aplicado rigorosamente para todos os casos, ou há fluxos diferenciados segundo as especificidades dos casos?
- Num caso de atendimento típico, quantos e que profissionais são envolvidos?

## CAPACITAÇÃO

- O Centro já realizou ou incentivou a participação dos seus profissionais em alguma capacitação?
- Qual foi a instituição que deu a capacitação?
- Lembra qual era o foco da capacitação? (*p.ex.: violência familiar, violência sexual, violência contra crianças, geral etc.*)
- Lembra aonde e quando foi? A sua duração, numero de horas/aula – sessões?

## GESTOR:

Desde quando você é gestor do Centro?

O que você destacaria na sua gestão? Alguma mudança/inação/novidade?

## **APÊNDICE B – GUIA DE ENTREVISTA AOS PROFISSIONAIS**

### INTRODUÇÃO

Qual é a sua função no Centro? O que você faz?

Quais são as formas de intervenção que você realiza no serviço? Desde quando?

Você realiza outros tipos de intervenção? Quais?

Quando um caso entra no serviço, quais são os tipos de intervenção que a criança/adolescente recebe?

Na sua opinião, quais são as principais dificuldades que o serviço enfrenta para a resolução dos casos (atingir a reabilitação/reinserção)?

Concretamente, na atuação do profissional (psicólogo/assistente social) quais considera que são as principais dificuldades para lidar com os casos?

### PARENTES VIOLENTOS

Em geral, o que você pensa sobre as pessoas que cometem qualquer tipo de violência contra crianças e adolescentes de sua própria família?

Quando tem que lidar com um parente que é o suposto autor de uma violência, qual é a atitude que você adota?

Você utiliza algum procedimento/técnica de abordagem específica para lidar com aquele parente que é o suposto autor da violência? Qual?

- Qual imagem você tem dessas pessoas? Poderia especificar?
  - Você acha que algumas delas são pessoas “perigosas”/ agressivas”?
    - Quando tem que lidar com o(a) parentes das crianças que considera mais perigosas/agressivas , você adota alguma atitude distinta na abordagem?...
- Houve casos no Centro de atitudes violentas/agressivas por parte de alguns familiares de crianças atendidas contra os profissionais?
  - Esses possíveis casos alteraram de alguma forma a dinâmica de trabalho do Centro?
- A tomada de atitudes agressivas por parte de um parente contra um profissional (ou contra a instituição) influi na hora de você lidar com o caso? De que modo?
  - Influi na tomada de decisões coletivas da equipe de trabalho a respeito do caso? A equipe adota alguma estratégia concreta nesses casos?

## CAPACITAÇÃO

*...Falemos agora um pouco sobre a preparação que você recebeu para trabalhar com esses casos.*

- Você participou de alguma capacitação a respeito do trabalho com casos de violência contra crianças e adolescentes?
- Lembra qual era o foco da capacitação? (*p.ex.: violência familiar, violência sexual, violência contra crianças, geral etc.*)
- Lembra aonde e quando foi? A sua duração, numero de horas/aula – sessões?
- Lembra quem organizou a capacitação? (pessoa/instituição)
  - Quem ofereceu e quem realizou a capacitação? Qual foi o papel do serviço?
- Quanto tempo faz que você trabalha no Centro? Desde quando?
- Tem experiências anteriores com crianças/adolescentes vítimas de violência?
- Você considera que acumulou experiência no tratamento de casos (muita, pouca...)?

## FAMÍLIA

*... Falemos agora um pouco sobre as famílias das crianças e adolescentes atendidas (as famílias no seu conjunto)?*

- Você percebeu distinções entre as famílias atendidas, segundo o tipo de violência?
  - Por ex., percebeu algum comportamento diferente entre famílias que cometem incesto e famílias que batem ou famílias que negligenciam?
- Você acha que as famílias atendidas são como quaisquer outras famílias, ou são famílias fora do comum? Apresentam algumas particularidades como famílias? Quais?
  - Acha que elas cumprem o seu papel familiar?
- Como essas famílias reagem quando se envolvem com os serviços?
  - Você percebeu algumas características nas famílias que favoreceriam a aceitação da intervenção? E a não-reincidência?
- Como você vê essas famílias, acha que elas têm capacidade para reverter a dinâmica de violência que apresentam, ou não? De que depende? Explique:
- Para você, haveria algum tipo de família ideal na sociedade, qual?
  - As famílias que não se encaixam no ideal seriam mais propensas a cometer violência e frequentar o Centro?
  - Teriam mais dificuldade para reverter a violência?

## **APÊNDICE C – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**

### 1) DESCRITIVO GERAL DAS CONDIÇÕES FÍSICAS

A acessibilidade do local;

O espaço físico (salas, tamanho, funcionalidade);

Os equipamentos (mobiliário e outros acessórios);

A conservação da estrutura física e dos equipamentos.

### 2) DESCRITIVO GERAL DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS:

Vestimenta e ornamentação;

Uso de uniforme (ou não);

Aspecto físico;

Reações à interação com o pesquisador;

Reações às perguntas do pesquisador nas entrevistas.