

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Violência Faz Mal à Saúde

1.^a edição
2.^a reimpressão

Série B. Textos Básicos de Saúde



Brasília – DF
2006

© 2004 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1.^a edição – 2.^a reimpressão – 2006 – 5.000 exemplares

Edição, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Coordenação-Geral de Prevenção à Violência e Causas Externas

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Edifício Sede, 6.º andar

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-3315 / 3315-3415

Faxes: (61) 3315-3403 / 3315-2747

E-mails: sociedadeviva@saude.gov.br

redenacional@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/violenciaesaude>

Adequação dos originais e revisão técnica:

Maria Cecília de Souza Minayo

Simone Gonçalves de Assis

Suely Ferreira Deslandes

Ilustrações:

Edvaldo Jacinto Correia

Apoio:

Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef)

Coordenação do projeto e organização dos originais:

Cláudia Araújo de Lima

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Violência faz mal à saúde / [Cláudia Araújo de Lima (Coord.) et al.]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
298 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 85-334-0779-3

1. Violência. 2. Defesa da criança e do adolescente. 3. Bem-estar da criança. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. II. Lima, Cláudia Araújo de. III. Título. IV. Série.

NLM HM 281-283

Catálogo na fonte – Editora MS – OS 2006/0315

Títulos para indexação:

Em inglês: Violence harms Health

Em espanhol: La Violencia hace mal a la Salud

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA, trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774 / 3233-2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Equipe editorial:

Normalização: Leninha Silvério, Luciana Cerqueira

Revisão: Denise Carnib, Rogério Pacheco

Estagiárias: Claudia Profeta e Viviane Medeiros

Projeto gráfico e capa: Sérgio Ferreira

AGRADECIMENTOS

Esta publicação destina-se a informar os profissionais de saúde, gestores do SUS e instituições parceiras sobre como a violência sofrida por crianças e adolescentes pode ser reconhecida e, a partir da nossa realidade, ser trabalhada em redes intersetoriais e multiprofissionais, na perspectiva da prevenção e atenção integral, proteção de direitos e desenvolvimento saudável.

Nossos agradecimentos a todos os autores que autorizaram a utilização de seus textos e ilustrações.

SUMÁRIO

Apresentação	9
Prevenção à violência contra crianças e adolescentes: um compromisso de todos nós	11
Parte 1 Contextualização do debate sobre violência contra crianças e adolescentes <i>Maria Cecília de Souza Minayo</i>	13
Capítulo I Estatuto da Criança e do Adolescente: marco da proteção integral – <i>Saulo de Castro Bezerra</i>	17
Capítulo II Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade – <i>Edinilsa Ramos de Souza e Maria Helena Prado de Mello Jorge</i>	23
Capítulo III Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde – <i>Rachel Niskier Sanchez e Maria Cecília de Souza Minayo</i>	29
Parte 2 Aspectos conceituais da violência na infância e adolescência <i>Simone Gonçalves de Assis</i>	39
Capítulo IV Abuso físico em diferentes contextos de socialização infanto-juvenil – <i>Simone Gonçalves de Assis e Suely Ferreira Deslandes</i>	47
Capítulo V Abuso psicológico e desenvolvimento infantil – <i>Simone Gonçalves de Assis e Joviana Quintes Avanci</i>	59
Capítulo VI Violência sexual: conceituação e atendimento – <i>Dilma Felizardo, Eliane Zürcher e Keilla Melo</i>	69
Capítulo VII O incesto como problema de violência: atendimento e estratégias de interrupção – <i>Nelisa de A. Guimarães, Eliane Pessoa de Farias e Ana Maria Ferrara de C. Barbosa</i>	81
Capítulo VIII Atenção psicossocial a crianças e adolescentes sujeitos à violência intrafamiliar – <i>Ana Cecília de Sousa Bastos e Miriã Alves Ramos de Alcântara</i>	87

Capítulo IX Violência de gênero – <i>Iolanda Guimarães</i>	105
Capítulo X O trabalho infantil doméstico como violência – <i>Maria da Graça Luderitz Hoefel e Suyanna Linhales Barker</i>	111
Capítulo XI Portadores de deficiências e de necessidades especiais: duplamente vítimas de violências e discriminações – <i>Luci Pfeiffer</i>	117
Capítulo XII Violência institucional: o difícil diagnóstico de saúde de suas vítimas – <i>Roberto da Silva</i>	125
Parte 3 Redes de proteção social e redes sociais: uma práxis integradora <i>Suely Ferreira Deslandes</i>	135
Capítulo XIII Redes de proteção: novo paradigma de atuação – experiência de Curitiba – <i>Vera Lídia A. de Oliveira, Luci Pfeiffer,</i> <i>Carmem Regina Ribeiro, Maria Tereza Gonçalves, Iracema Aparecida Espigiorin Ruy.</i> . .	143
Capítulo XIV Atenção a mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência: redes de atenção – a experiência de Goiânia – <i>Maria Luiza Moura Oliveira</i>	151
Capítulo XV Atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual – experiência de Manaus – <i>Dária Barroso Serrão das Neves,</i> <i>Cesar Fernando Garcia Ramirez e Ione Rodrigues Brum.</i>	163
Capítulo XVI Atenção a jovens que tentam suicídio: é possível prevenir – <i>Carlos Felipe D´Oliveira</i>	177
Capítulo XVII Prevenção ao suicídio se faz com aceitação e compreensão: experiência do Centro de Valorização da Vida	185
Capítulo XVIII Atuação dos serviços de saúde: dois modelos como inspiração – <i>Suely Ferreira Deslandes e Romeu Gomes</i>	197
Capítulo XIX Abordagem da violência intrafamiliar no programa saúde da família – <i>Maria de Lourdes Tavares</i>	205

Parte 4 O papel da mídia na proteção integral das crianças e dos adolescentes <i>Maria Cecília de Souza Minayo</i>	219
Capítulo XX Violência na mídia e saúde – <i>Kathie Njaine</i>	223
Capítulo XXI Papel da mídia no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes – <i>Edson Silva</i>	233
Capítulo XXII Suicídio, problema oculto na saúde pública: papel da mídia no esclarecimento (desvelamento) – <i>André Trigueiro</i>	241
Parte 5 Filosofia e práxis da proteção integral: o feito e o por fazer sob o olhar da saúde – <i>Maria Cecília de Souza Minayo e Claudia Araújo de Lima</i>	249
Capítulo XXIII Resiliência: ênfase nos fatores positivos – <i>Simone Gonçalves de Assis, Renata P. Pesce e Raquel O. Carvalhaes</i>	257
Capítulo XXIV Adolescentes: de vítimas da violência a protagonistas da paz – <i>Feizi M. Milani</i>	267
Capítulo XXV Informações sistematizadas: instrumento de prevenção da violência e de democratização – <i>Márcia Helena G. Rollemberg</i>	281
Lista de siglas	295

APRESENTAÇÃO

O conhecimento científico acumulado permite dizer que a boa educação se faz com amor, com conhecimento, com diálogo e com limites. Como pessoas em crescimento e desenvolvimento, crianças e adolescentes precisam ser orientados e direcionados para se tornarem adultos saudáveis, mas sempre a partir de seus desejos e de seu reconhecimento como sujeitos, sendo essas as condições de construção da sua auto-estima, responsabilidade e felicidade.

A Constituição Cidadã de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990, deram passos decisivos na garantia legal desse grupo social, reconhecendo-os como sujeitos de direito, de protagonismo, de proteção integral por parte da sociedade e do estado, sendo prioridade no uso dos recursos públicos para a garantia de provimento e efetivação da proteção.

Em todos os seus capítulos, o ECA se dedica a especificar o que considera proteção integral, a mostrar como ela deve ser provida e a indicar penalidades para os transgressores dos direitos do grupo social em questão. Mas, especificamente, o capítulo I se dedica ao tema “Do direito à Vida e à Saúde”, referindo-se mais diretamente ao papel do setor Saúde.

O Estatuto da Criança e do Adolescente na sua concepção e instituição teve forte contribuição do setor Saúde, que entendeu sua importância para a ampliação da consciência social em relação aos pré-requisitos do desenvolvimento físico, emocional e moral do ser humano, nessa faixa etária.

Ao lançar luz sobre o tema dos maus-tratos, abusos e negligências como um problema público e social, o ECA acena aos profissionais de saúde que, para a consciência brasileira atual, tornou-se intolerável a cultura adultocêntrica que faz desses seres em formação objetos de domínio privado dos pais e responsáveis, mesmo sob pretexto de educá-los; ou de exploração econômica, psicológica ou sexual de adultos inescrupulosos que desconsideram seus direitos.

Com o objetivo de colaborar com o trabalho cotidiano dos gestores e profissionais de saúde, o Ministério da Saúde e o Unicef apresentam, por meio deste livro, alguns textos que permitem ampliar e aprofundar conhecimentos sobre a problemática da violência contra crianças e adolescentes e exemplos práticos de ação. O intuito é contribuir para a internalização dos princípios do ECA no que concerne ao setor Saúde.

Na primeira parte, encontram-se abordagens que situam a questão historicamente, dentro do quadro da legislação de proteção integral.

Na segunda parte, são apresentadas, teoricamente, as principais formas de violação dos direitos, numa tentativa de ampliar e aprofundar o quadro de referência dos profissionais sobre o assunto.

Pela importância cada vez maior da mídia na vida social das crianças e adolescentes e pela importância das abordagens sobre a infância, apresentadas ao público por elas, são expostos alguns textos sobre essa relação.

Na quarta parte, encontra-se a descrição de algumas experiências que estão ocorrendo no setor Saúde no País, evidenciando-se que muitas ações são possíveis e outras precisam ser iniciadas ou aperfeiçoadas.

Por fim, uma parte conclusiva fala das condições de construção de uma infância e adolescência saudáveis, da necessária política setorial e intersetorial para impulsionar o desenvolvimento da cidadania desse grupo social e de propostas centradas na visão de promoção e saúde.

Entende-se, por fim, que o livro incentiva a vida, ao ser um instrumento de pesquisa e de trabalho nas mãos dos profissionais do setor. Esses poderão iluminar uma edição futura, contribuindo com sua crítica e opinião, assinalando outras necessidades e novos temas a serem desenvolvidos. Nesse sentido, o empreendimento de hoje é uma obra inacabada, assim como inacabados são o crescimento e o desenvolvimento dos direitos e da cidadania das crianças e dos adolescentes. A implementação e construção de políticas públicas andam juntas com o crescimento e o desenvolvimento da democracia brasileira.

PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UM COMPROMISSO DE TODOS NÓS

O Estatuto da Criança e do Adolescente garante a todo menino e menina o direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas públicas que permitam seu nascimento e desenvolvimento sadio e harmonioso. A força da lei, no entanto, não tem sido suficiente. Nossas crianças e nossos adolescentes, todos os dias, são vítimas de diversos tipos de violência. Têm seus direitos violados, sua vida ameaçada, seus sonhos interrompidos.

O cenário de violência começa, muitas vezes, na casa da criança, passa por escolas e suas redondezas, pela comunidade, por outras instituições. Além das marcas físicas, quando não leva à morte, a violência deixa seqüelas emocionais que podem comprometer de forma permanente as crianças e os adolescentes. Ela prejudica o aprendizado, as relações sociais, o pleno desenvolvimento. Seus efeitos perversos podem se manifestar, ainda, na construção de um círculo de reprodução e retroalimentação de práticas violentas, em que, novamente, meninos e meninas serão as principais vítimas.

A busca de soluções para o problema é, portanto, responsabilidade de todos e de cada um de nós. É preciso romper as barreiras do preconceito, da discriminação, da ignorância, da conivência. Nesse sentido, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) atua em parceria com governos e sociedade civil para contribuir com a redução e a prevenção do problema e para amenizar seus efeitos sobre meninos e meninas que dela já foram vítimas.

Com esse objetivo, o Unicef busca intensificar e promover ações que potencializam os esforços e os resultados alcançados pelo Sistema de Saúde, em conjunto com o Sistema de Garantia dos Direitos. Para isso, investe na elaboração e implementação de metodologias de prevenção, disseminação de experiências exitosas no combate à violência, capacitação de profissionais de saúde, educação e assistência, além de apoiar estudos e pesquisas, principalmente sobre violência doméstica, resiliência e abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes.

Mas isso não é suficiente. Para o Unicef, o trabalho de combate ao problema requer o fortalecimento das famílias, o primeiro ator responsável por proteger as crianças. Requer, ainda, investimento em educação, em saúde, em cultura, na preparação para o mercado de trabalho e a geração de renda, na promoção de mecanismos de participação das crianças e dos adolescentes. Exige disseminação de conhecimento, para que meninos, meninas e suas famílias saibam de seus direitos, de modo que possam exigí-los e serem co-responsáveis por seu cumprimento.

A parceria que ora se consagra com Ministério da Saúde, com a edição deste livro, lança luz sobre um dos temas mais caros do Estatuto da Criança e do Adoles-

cente. Ao mesmo tempo, destaca o papel dos profissionais de saúde como um dos atores estrategicamente relevantes nas ações de atendimento, defesa e prevenção da violência.

Essa aliança representa também uma das ações centrais na abordagem do *Ciclo de Vida da Criança e do Adolescente*, utilizada pelo Unicef. Com ela, procura-se superar uma perspectiva setorial (educação, meio ambiente, saúde, assistência social, etc.), tratando de forma integrada as questões relativas aos direitos da infância e da adolescência, entendendo este público em sua integralidade e especificidade. Busca-se, com isso, respeitar a indivisibilidade dos direitos humanos e melhorar os resultados das políticas públicas de redução e prevenção à violência, em todas as idades da criança.

Em outras palavras, *Violência faz mal à saúde* encontra-se sob o signo do respeito às diferenças e do reconhecimento da criança e do adolescente como sujeitos de direitos. Deseja-se que esse conhecimento seja incorporado pelos agentes, profissionais e gestores da saúde, conquistando, assim, melhores resultados em seu trabalho cotidiano.

O Unicef espera, com essa primeira edição, não somente atender a uma demanda dos profissionais da saúde na atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência, mas também estimular uma nova maneira de pensar e agir, que leve em conta as especificidades dos meninos e meninas.



Parte I

Contextualização do Debate sobre Violência contra Crianças e Adolescentes

Maria Cecília de Souza Minayo¹

A primeira parte deste livro pretende comunicar aos leitores o contexto em que esta obra está sendo produzida e o sentido de tal realização. Primeiramente, é no artigo 227 da Constituição Federal de 1988 e na sua regulamentação pelo Estatuto da Criança e do Ado-

¹ Professora e pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz, pesquisadora de carreira do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); editora da Revista *Ciência & Saúde Coletiva* da Abrasco, presidente da Comissão Técnica criada pelo Ministério da Saúde para formular a Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências (de 1998 a 2000). Coordenadora científica do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

lescente (ECA), Lei n.º 8.069/90, que se traduz a determinação política dos princípios da doutrina de proteção integral. Essa doutrina constitui o foco central de todos os capítulos desta parte e de todo este livro. São três textos de contextualização.

O primeiro artigo é escrito pelo Dr. Saulo de Castro e trata especificamente do ECA. O autor situa sua emergência histórica, o avanço da consciência social que o tornou possível, a participação dos movimentos sociais e das instâncias governamentais que promoveram as mudanças e, especificamente, o papel determinado ao setor Saúde, no interior das redes de proteção integral. Para os profissionais que estão com a mão na massa dos atendimentos em todos os níveis da atenção, seu texto, muito claro e conciso, constitui um parâmetro para orientação nos aspectos legais e para a conscientização de seus direitos e deveres.

Em seguida, há um capítulo em que se discute o lado avesso da cidadania. Ou seja, demonstra-se o fato concreto de que, hoje no Brasil, boa parte das crianças e adolescentes que estão morrendo, devem seus óbitos a violências e acidentes (a maioria desses, associados a negligências). Muitos meninos e meninas, pelas mesmas causas, se tornam incapacitados por traumas e lesões graves, durante um tempo determinado ou por toda a vida. Edinilsa Ramos de Souza e Maria Helena de Mello Jorge apresentam aos leitores os números dessa tragédia sociocultural que, infelizmente, mostra tendência de crescimento, embalada pelo aumento da violência social, em geral, e de forma muito especial, pelo seu incremento na juventude, enquanto vítima ou enquanto autora.

14

No período de 1990 a 2000, segundo dados do Ministério da Saúde, morreram 211.918 crianças e adolescentes por acidentes e violências (causas externas), sendo 59.203 crianças nas idades de 0 a 9 anos; 33.512 púberes de 10 a 14 anos e 119.203 adolescentes de 15 a 19 anos. Esses números são impressionantes, principalmente quando comparados aos 146.824 óbitos desses mesmos grupos etários, por doenças infecciosas e parasitárias.

Num contexto em que, no País e no mundo ocidental, os fatores preponderante das mortes de crianças e de jovens não são mais as enfermidades de origem biomédica e sim o estilo de vida. Os óbitos por violências e acidentes passaram a ocupar o primeiro lugar nas faixas etárias de 5 a 19 anos. Seria de se perguntar se o indicador mortalidade infantil, de tão expressivo significado para avaliar o desenvolvimento humano dos países, no caso brasileiro, não deveria ser associado a outro, a ser criado, que mostrasse o significado e a dinâmica das violências e acidentes no contexto sociocultural e de qualidade de vida de crianças e adolescentes.

O terceiro texto faz uma abordagem histórica sobre a violência contra crianças e adolescentes sob os mais diferentes aspectos sociais e sanitários. As autoras Raquel Niskier e Maria Cecília de Souza Minayo, a partir do conceito ampliado de saúde, evidenciam a importância de tratar o tema da violência e suas conseqüências negativas no âmbito da atenção à saúde. Reconhecem que ele diz respeito, antes de tudo, à violação de direitos humanos, não discriminando, em sua crueldade, nem classe social, nem raça, nem credo, nem etnia, nem sexo e nem idade. As autoras mostram que em todos os âmbitos relacionais e institucionais o problema ocorre, apesar do crescimento da consciência social no País.

Talvez, exatamente pela elevação dessa consciência, hoje se sabe muito mais sobre o problema e ele é muito mais notificado. Importante para os profissionais de saúde é ter a dimensão de seu impacto no processo de crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes. São analisadas, no artigo, as várias modalidades e expressões da violência familiar, comunitária e estrutural, assim como o caso dos adolescentes como agressores e transgressores. As autoras buscam também relacionar efeitos de adoecimento nesse grupo etário em pleno momento de formação, provocados por dinâmicas de abuso, maus-tratos e violências. A conclusão é de que as situações de maior vulnerabilidade provocam repercussões muito nefastas sobre a saúde desses frágeis seres que precisam de cuidados especiais para serem cidadãos saudáveis e felizes.

Doutrina de proteção integral

O conceito central dessa contextualização é a doutrina de proteção integral, consagrada na Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança e da ONU (1989) e na Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959), assim como pela Constituição Federal e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, como já foi referenciado. A proteção integral designa um sistema em que crianças e adolescentes, até 18 anos, são considerados titulares de interesses subordinados, frente à família, à sociedade e ao Estado, cujos princípios, como já foi dito, estão sintetizados no caput do artigo 227 da Constituição Federal:

Art. 227 É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à cultura, à profissionalização, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

A teoria da proteção integral parte da compreensão de que as normas que cuidam de crianças e de adolescentes devem concebê-los como cidadãos plenos, porém sujeitos à proteção prioritária, tendo em vista que são pessoas em desenvolvimento físico, psicológico e moral. Não devem, de maneira nenhuma, ser vistos como cidadãos latentes e potenciais. Sua cidadania é plena, sendo-lhes conferidos todos os direitos, inclusive o de participação política, quando se faculta, por exemplo, o voto ao adolescente de 16 anos, ou quando o artigo 53 do ECA estimula a participação de crianças e adolescentes na política estudantil, com vistas à crítica dos currículos e da organização escolar.

Por conter uma idéia de cidadania plena, a teoria da proteção integral considera que deve haver prioridade no atendimento às necessidades específicas infanto-juvenis e, por isso, se organiza como um sistema em que as leis reconhecem garantias a esse segmento social, tutelando seus interesses peculiares, bem como criando instrumentos para a efetivação de seus direitos individuais frente à família, à sociedade e ao Estado.

Essa doutrina significa uma grande evolução ou quase uma revolução em relação ao Código de Menores (Lei n.º 6.697, de 10 de outubro de 1979) que possuía normas voltadas às crianças e aos adolescentes infratores ou dispositivos de conteúdo assistencialista, destinados aos que tinham problemas de amparo social e eram economicamente desprovidos. Ao contrário da teoria da proteção integral, a teoria que fundamenta o Código de Menores poderia ser resumida da seguinte forma: (a) sua incidência era limitada às situações de patologia social; (b) havia ausência de rigor procedimental, com desprezo até mesmo das garantias relacionadas ao princípio do contraditório; (c) era elevado o grau de discricionariedade da autoridade judiciária. Suas características provinham da idéia de que o mundo adulto era suficientemente bom para as crianças e adolescentes e que os adultos sabiam o que seria melhor para eles. Dessa forma, a prevenção limitava-se a disciplinar as medidas de vigilância.

Depois de 14 anos de promulgação do ECA, o caminho da cidadania plena da criança e do adolescente continua a ser um ideal longínquo para a sociedade brasileira, devendo ser perseguido por todos e também pelos profissionais do setor Saúde. As dificuldades socioeconômicas do País não podem ser invocadas como pretexto para se fazer críticas à lei, em grande parte não cumprida, e nem aos programas que buscam torná-lo realidade. A filosofia da promoção da saúde é a mesma que se junta com a da proteção integral para prevenir as violências contra crianças e adolescentes, em nome do seu desenvolvimento e crescimento saudável e de sua cidadania plena.

Referências bibliográficas

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 114 p. (Série E. Legislação de saúde). ISBN 85-334-0761-0.



CAPÍTULO I

Estatuto da Criança e do Adolescente: Marco da Proteção Integral

Saulo de Castro Bezerra¹

Introdução

Para melhor compreensão do tema que toca positivamente a cidadania da criança e do adolescente, no caso brasileiro, inicialmente é preciso que se trace um paralelo entre o Código de Menores, revogado em 1990, e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tido por muitos como uma das mais avançadas legislações do mundo nesta área. O primeiro, é bom que se lembre, tratava apenas da assistência, proteção e vigilância aos que ainda não tinham atingido a idade de 18 anos. Aplicava-se, portanto, exclusivamente, àquele menor que se encontrasse em situação irregular, assim considerado quando fosse abandonado por seus pais ou responsável, mesmo que eventualmente, proveniente de família carente, vítima de crime, em desvio de conduta ou, por fim, quando autor de infração penal.

Encontrado em alguma dessas condições, estaria o juiz de menores legitimado a aplicar-lhe quaisquer das chamadas “medidas de assistência ou proteção” (desde advertência até a internação) que entendesse mais conveniente e adequada ao caso, sem necessidade do devido processo legal, pois estas buscavam, “fundamentalmente, sua integração sociofamiliar”. Pela simples leitura dos artigos 2.º e 94 do Código de Menores, fica claro que vigorava naquela época o controle social e a criminalização da pobreza, inconcebíveis nos tempos atuais.²

A opção do legislador, obviamente, não se deu por má-fé, mas em razão de que, naquela época, os menores de 18 anos ainda eram vistos apenas e tão-somente como simples objetos de intervenção do mundo adulto e não como sujeitos de direitos frente à família, à sociedade e ao Estado, fato que, com o passar dos tempos, levou-os a sentirem-se cada vez menos responsáveis pela garantia e defesa dos direitos mais elementares dos jovens (vida, saúde, educação, etc.). O resultado é conhecido por todos.

Regulamentando o artigo 227 da Constituição Federal, o estatuto substituiu o malfadado princípio da situação irregular pela moderna doutrina da proteção integral, que assegura a todas crianças e adolescentes, indistintamente, os direitos fundamentais do ser humano, o exercício pleno da cidadania.³

¹ Promotor de Justiça do Ministério Público do Estado de Goiás, procurador-geral de Justiça substituto do Ministério Público do Estado de Goiás.

² O artigo 94 dispunha que (BRASIL, 1986). *Qualquer pessoa poderá e as autoridades administrativas deverão encaminhar à autoridade judiciária competente, o menor que se encontrar em situação irregular, nos termos dos incisos I, II, III e IV do artigo 2.º desta Lei”. Já o artigo 2.º estabelecia: “Para os efeitos deste Código considera-se em situação irregular o menor: I - privado de condições essenciais à sua subsistência, saúde e instrução obrigatória, ainda que eventualmente, em razão de: a) falta ação ou omissão dos pais ou responsável; b) manifesta impossibilidade dos pais ou responsável para provê-las” (Brasil, 1986).*

³ Direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Já com 13 anos de vigência, o ECA continua sendo alvo constante de duros ataques vindos dos que ainda não entenderam que o legislador viu nele oportunidade única de criação de um conjunto de regras de proteção capaz de colocar nossa infância e juventude a salvo de toda e qualquer forma de negligência, violência e exploração ou, o que é pior, por parte daqueles desprovidos de sensibilidade que insistem em não enxergar que os jovens não têm assegurados os direitos básicos da pessoa humana, levando-os a viverem à margem de quaisquer benefícios sociais, realidade tantas vezes denunciada no País.

Para eles, as suas regras seriam aqui inaplicáveis e melhor destinadas aos ditos países desenvolvidos, prova inequívoca que assim o dizem por ignorância de seu conteúdo. Como ensina Antônio Carlos Gomes da Costa⁴, estes não perceberam que o estatuto “*superou o binômio compaixão-repressão, passando a considerar a criança e o adolescente como sujeitos de direitos exigíveis contemplados na lei*”.

Em que pesem todos esses avanços legislativos, recentemente pesquisas indicaram o Brasil como um dos três países com maior índice de violência contra seus jovens, conquistando o nada honroso posto de vice-campeão mundial de mortes por causas externas de pessoas entre 15 e 24 anos de idade.

E a explicação para que isso ocorra, aí sim, parece simples. Mesmo elevados à condição de cidadãos, historicamente, relega-se a segundo plano os mais elementares direitos sociais da população infanto-juvenil, ainda que a Constituição Federal considere o seu atendimento como de prioridade absoluta.

A destinação privilegiada de recursos públicos para as áreas relacionadas à proteção da infância e juventude, prevista no estatuto como forma de diminuir o quadro de exclusão e miséria, é apenas uma ficção e não se conta sequer com o mínimo necessário para atender às necessidades do País, com honrosas exceções. Sinal claro do pouco que se investe na área e dos inúmeros erros cometidos na defesa desses direitos. Milhares sofrem maus-tratos, negligência, são abusados sexualmente ou mortos. Poucos são os punidos.

Portanto, a reversão desse quadro exige mudança de paradigmas e aprofundamento do debate sobre as reais causas da violência aqui praticada contra crianças e adolescentes que diariamente vítima centenas, com números crescentes ano após ano. Tornou-se imperativa, por conseguinte, a ação integrada dos atores envolvidos na prevenção e no atendimento às vítimas (conselho tutelar, profissionais da educação e da saúde, Ministério Público, Poder Judiciário, etc.), com a formação de uma rede de proteção da população infanto-juvenil, definindo-se obrigações e responsabilidades de cada um dos envolvidos. Diante disso, a discussão colocada neste momento ganha maior relevância.

⁴ COSTA, Antônio Carlos Gomes da. *Infância, lei e democracia na América Latina*. [S.l.]: Edifurb, 2001. v. 1.

Estatuto, marco inovador da proteção integral

O estatuto inova ao considerar a violência contra crianças e adolescentes como problema de saúde pública e, como tal, deve ser encarado, na medida em que a insere no Título II, Dos Direitos Fundamentais, Capítulo I, Do Direito à vida e à saúde⁵, bem como quando torna obrigatória a comunicação de tais ocorrências (suspeita ou confirmação de maus-tratos) à autoridade competente.

Embora com o advento dessa lei, prevenir a ameaça ou violação dos direitos infanto-juvenis passou a ser dever de cada um e da sociedade de modo geral⁶, a privilegiada posição ocupada por algumas categorias profissionais (da educação e da saúde, notadamente), em razão da sua proximidade com essa população, elemento facilitador na identificação das diversas modalidades de atos violentos praticados contra eles, levou o legislador a prever expressamente condutas obrigatórias em situações específicas, com repercussão na vida da vítima, de sua família e no sistema de justiça.

A opção de transformar em infração administrativa a ação ou omissão de médicos e responsáveis por estabelecimento de atenção à saúde, por falta de comunicação dos casos de suspeitas ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, sujeitando-os a pagamento de multas, mostrou-se acertada e, ao contrário do que parece, acabou por socorrer esses mesmos profissionais, por dirimir suas principais dúvidas e explicitar as circunstâncias em que se exige a sua pronta atuação.

Como alerta Haim Grunspun⁷ com essas novas regras o *“problema não se torna, assim, de imediato, um fato policial, como acontece na maioria dos países com legislação a respeito, e não surgem conseqüências irreversíveis pela rigidez das leis que cuidam do assunto”*.

Para tornar claro o papel dos profissionais de atenção à saúde nesse contexto, mas sem a pretensão de se esgotar o assunto, é preciso reportar a outros dispositivos legais a ele relacionados. O artigo 154 do Código Penal (CP)⁸, em vigência desde a década de 40, dispõe sobre a violação do segredo profissional e prevê pena de três meses a um ano de detenção, ou multa para aquele que, sem justa causa, revelar segredo de que tem ciência em razão de sua função ou profissão e cuja revelação possa produzir dano a outrem.

Não fosse suficiente, a Lei de Contravenções Penais (LCP), de outubro de 1941, em seu artigo 66⁹, quando trata da omissão de comunicação de crime, prevê pena de multa para aquele que deixar de comunicar à autoridade competente delito de ação pública, de que teve conhecimento no exercício de função pública, desde que a ação penal não dependa de representação.

⁵ ECA: Art. 13 Os casos de suspeitas ou confirmação de maus-tratos contra criança e adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais. [...] Art. 245 Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança e adolescente: Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (BRASIL, 1992).

⁶ ECA: Art. 70 É dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente (Ibid.).

⁷ In: Estatuto da Criança e do Adolescente Comentado. 3. ed. São Paulo: Malheiros, 2001. p. 774.

⁸ Artigo 154 do Código Penal: “Revelar alguém, sem justa causa, segredo de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem: Pena - detenção, de três meses a um ano, ou multa. Parágrafo único. somente se procede mediante representação.”

⁹ Artigo 66, inciso I, da LCP: “Deixar de comunicar à autoridade competente: I - crime de ação pública, de que teve conhecimento no exercício de função pública, desde que a ação penal dependa de representação”.

Abordando a hipótese de revelação do segredo, o Código de Ética Médica, aprovado pela Resolução CFM n.º 1.246, de 8 de janeiro de 1988, nos artigos 11, 102 e 105, a autoriza “quando se tratar de fato delituoso previsto em lei e a gravidade de suas conseqüências sobre terceiros crie para o médico o imperativo de consciência de denunciá-lo à autoridade competente” (STF-HC 39.308 e REExt n.º 91.218-5. A lei outorga, portanto, ao médico e a todos os seus auxiliares uma faculdade (não lhe impõe um dever jurídico) de revelar o segredo sempre que: a) se trate de fato delituoso; b) com conseqüências graves para terceiros.

A leitura isolada das disposições legais acima mencionadas, aliada ao desconhecimento dos objetivos perseguidos pelo legislador ao criar as novas regras dos artigos 13 e 245 do Estatuto da Criança e do Adolescente, comumente, tem levado a interpretações equivocadas sobre as conseqüências, em caso de ação ou omissão, para os profissionais da área de Saúde, o que acaba por torná-los inseguros quanto à sua atuação, principal motivador da pouca efetividade dessas comunicações até os dias de hoje.

Certamente, inúmeras são as dúvidas conceituais, as incertezas quanto à oportunidade e forma de agir, bem como sobre os efeitos da ação ou omissão do profissional. Pode-se aqui elencar várias indagações, todas pertinentes, mas deter-se-á apenas naquelas apontadas pela experiência como as mais freqüentes: como se dá a justa causa que autoriza a revelação de fato sabido em razão de seu ofício, prevista no artigo 154 do CP? O que considerar crime de ação penal pública, que independe de representação, tratado no artigo 66 da LCP? Caso não se prove o fato comunicado, há conseqüência para o seu responsável? Qual das legislações merece maior atenção? Qual a autoridade competente para o recebimento de tais comunicações?

20

Embora seja forçoso reconhecer a relevância de todos esses questionamentos, parece, entretanto, que o desconhecimento do direito não deve figurar como justificativa única para o insignificante registro dessas comunicações que, pouco ou quase nada, têm contribuindo para a mudança desse grave problema social.

Primeiramente, é preciso deixar claro que o dever de guardar segredo profissional é absoluto e o que a lei proíbe é a revelação ilegal, motivada simplesmente pela leviandade, pelo desejo de vingança ou por irresponsabilidade do denunciante. Há que se ter, portanto, a justa causa para a revelação.

Trata-se, pois, de regras gerais, não prevalecentes quando confrontadas com a legislação especial, por exemplo, como aquelas contidas no estatuto, anteriormente citadas, que dispõem sobre a proteção integral de crianças e adolescentes.

Inicialmente, é preciso registrar, essas previsões legais (artigos 13 e 245 do ECA) constituem-se na exigida justa causa a que se refere o citado artigo 154 do Código Penal brasileiro para a violação do segredo profissional¹⁰. Assim, desde que não motivado por sentimento irresponsável de vingança, mesquinho ou assemelhado, o profissional da saúde tem na própria lei a justificativa para levar ao conhecimento das autoridades fato sabido em razão do exercício de seu ofício ou profissão.

¹⁰ In: CURY, GARRIDO; MARÇURA. *Estatuto da Criança e do Adolescente Anotado*, São Paulo: Ed. Revista dos Tribunais, 2000. p. 27.

E mais. Pela legislação especial, a simples suspeita de maus-tratos contra menor de 18 anos, e não mais a caracterização do crime propriamente dito, obriga o responsável pelo atendimento a dar ciência do ocorrido à autoridade competente que, em tais casos, é o Conselho Tutelar existente no município e, somente na sua falta, ao juiz da infância e juventude.

Como não há a necessidade de imputar a autoria da conduta delituosa a ninguém, vez que se exige apenas e tão-somente a comunicação de suspeitas ou confirmações de maus-tratos à criança e ao adolescente, vencidos estão os receios de exploração do caso pela imprensa, de reação violenta por parte dos eventuais responsáveis pelas agressões ou mesmo de proposição de ações criminais por crimes contra a honra (calúnia e injúria), bem como cíveis, de indenização por danos morais, contra o autor da notícia, corriqueiramente presentes nesses momentos.

Mais uma vez agiu com acerto o legislador. Não raro, a confirmação do crime de maus-tratos é de difícil diagnóstico e exige exames complementares. Dessa forma, diante das evidências de sua ocorrência, sejam elas representadas por agressão física, emocional, pelo abuso sexual ou mesmo por intoxicação proposital, o profissional de saúde está não apenas autorizado, mas antes, obrigado a comunicar sua suspeita ao Conselho Tutelar, órgão esse encarregado do atendimento de crianças e adolescentes que tenham quaisquer de seus direitos ameaçados ou violados.

A atuação do Conselho Tutelar, diante de tais ocorrências, merece maior comentário. Dentre as atribuições desse órgão, merece destaque o fato de ter o artigo 98 da Lei n.º 8.069/90 elencado três situações de ameaça ou violação dos direitos capazes de colocar a criança e o adolescente como sujeitos aptos a receber uma das medidas de proteção previstas no artigo 101, isolada ou cumulativamente, que vão desde o encaminhamento aos pais ou responsável até a colocação em família substituta¹¹.

Mas não é só. Em tais casos, a ele cabe, também, atender e aconselhar os pais ou responsável, aplicando-lhes uma das medidas previstas no artigo 129 do estatuto¹².

Apenas a esse órgão caberá adotar as providências cabíveis, requisitando os serviços que forem necessários (médico, psicológico, assistencial, etc.) para a elucidação do caso que lhe foi apresentado, bem como o seu encaminhamento ao juiz da infância e juventude quando importar em perda ou suspensão de pátrio poder, tutela ou guarda, sem prejuízo da comunicação à autoridade policial. Também ele responde por eventual uso indevido da informação que lhe chegou.

¹¹ ECA: "Art. 98 As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta lei forem ameaçados ou violados: I - por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; II - por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável; III - em razão de sua conduta. [...] Art. 101 Verificada qualquer das hipóteses prevista no art. 98, a autoridade competente poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas: I - encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade; II - orientação, apoio e acompanhamento temporários; III - matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental; IV - inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente; V - requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial; VI - inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos; VII - abrigo em entidade; VIII - colocação em família substituta. Parágrafo único. O abrigo é medida provisória e excepcional, utilizável como forma de transição para a colocação em família substituta, não implicando em privação de liberdade" (BRASIL, 1992).

¹² Encaminhamento a programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos; encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico; encaminhamento a cursos ou programas de orientação; obrigação de matricular o filho ou pupilo e acompanhar sua frequência e aproveitamento escolar, além da obrigação de encaminhar a criança ou adolescente a tratamento especializado (Ibid.).

Inegavelmente, a negligência, a agressão infantil, o abuso sexual e o abandono podem ser facilmente identificados nos consultórios médicos, odontológicos e nos ambulatórios presentes em todo o País. Para tanto, é imprescindível que os profissionais da saúde se capacitem cada vez mais, buscando também o desenvolvimento de ações conjuntas com outros setores. O que se exige dele é a simples comunicação, preferencialmente de forma célere, objetiva, com fundamentos mínimos de sua suspeita, a fim de possibilitar a pronta e segura atuação do Conselho Tutelar, do Ministério Público e do Poder Judiciário, respectivamente.

Isoladamente, essas medidas não serão capazes de eliminar a violência praticada contra os jovens, mas, por certo, representam o início do caminho para que a legislação seja cumprida em favor dessa parcela significativa da população, preparando-a para o exercício pleno da cidadania e para uma existência um pouco mais digna, dando vida às palavras de Dom Luciano Mendes de Almeida, para quem “a lei há de contribuir para a mudança da mentalidade da sociedade brasileira, habituada, infelizmente, a se omitir diante das injustiças de que são vítimas as crianças e adolescentes. O respeito à lei fará que a opressão e o abandono dêem lugar à justiça, à solidariedade e ao Amor”.

Referências bibliográficas

-
- 22 BRASIL. *Código de Menores (1927)*. Código de Menores: Decreto n.º 17.943-A, de 12 de outubro de 1979 e legislação posterior. Rio de Janeiro: Aurora, 1986.
- _____. *Código Penal Brasileiro*. Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940.
- _____. *Estatuto da Criança e do Adolescente: comentários jurídicos e sociais*. 1992. p. 13. [Comentários de Dom Luciano Mendes de Almeida].
- _____. *Estatuto da Criança e do Adolescente: comentários jurídicos e sociais*. 1992. p. 54. [Comentários de Haim Grunspan].
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética. Resolução CFM n.º 1.246, de 1988, de 8 de janeiro de 1988 (D. O. U., 26 jan. 1988) no uso das atribuições que lhe confere a Lei n.º 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto n.º 44.045, de 19 de julho de 1958, e Considerando as propostas formuladas ao longo dos anos de 1986 e 1987 pelos Conselhos Regionais de Medicina, pelos médicos e por instituições científicas e universitárias para a elaboração de um novo Código de Ética Médica. Considerando as decisões da I Conferência Nacional de Ética Médica que elaborou, com participação de Delegados Médicos de todo o Brasil, um novo Código de Ética Médica. Considerando o decidido na sessão plenária de 8 de janeiro de 1988.
- COSTA, Antônio Carlos Gomes da. *Infância, lei e democracia na América Latina*. [S.l.]: Edifurb, 2001. v. 1.
- CURY; GARRIDO; MARÇURA. *Estatuto da criança e do adolescente anotado*. 2. ed. revisada e atualizada. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2000. p. 27.



CAPÍTULO II

Impacto da Violência na Infância e Adolescência Brasileiras: Magnitude da Morbimortalidade

Edinilsa Ramos de Souza¹
Maria Helena Prado de Mello Jorge²

Introdução

Este capítulo traz um panorama da violência que afeta crianças e adolescentes do Brasil. Para isso, adota a ótica da saúde pública, tomando as causas externas de mortes como expressão máxima da violência social, embora a violência não fatal seja muitas vezes maior do que aquela que redunde em morte. Na Classificação Internacional de Doenças, CID-10 (OMS, 1995), essas causas englobam todos os acidentes, inclusive os de trânsito e transportes, os homicídios, os suicídios e os óbitos provenientes do confronto com a polícia.

O texto apresenta dados para o conjunto do País e para as capitais de suas 27 Unidades da Federação, no período de 1991 a 2000. Consideram-se crianças e adolescentes a população de 0 a 19 anos de idade. Os dados de mortalidade foram extraídos do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e os relativos à população, da *home page* do Datasus, do Ministério da Saúde, e os de morbidade, do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. Além do panorama epidemiológico, faz-se uma breve introdução às diferentes formas de classificação da violência que acomete esse grupo populacional e às diversificadas formas pelas quais a violência se expressa.

No Brasil, sobretudo nas duas últimas décadas, não se pode falar de crianças e adolescentes sem que o tema da violência aflore, indicando serem esses dois grupos os mais expostos e vulneráveis a sofrerem violações de seus direitos, afetando direta e indiretamente sua saúde física, mental e emocional. Estudos epidemiológicos e sociológicos têm mostrado que, freqüentemente, as crianças são vítimas da violência desde o nascimento. Mas, é principalmente na fase da adolescência que essa questão desponta como crucial. Nessa etapa da vida, os jovens aparecem tanto como agentes agressores, mas, sobretudo, como vítimas.

Do ponto de vista da saúde pública, no entanto, importa abordar essa questão focalizando o olhar sobre as vítimas e objetivando, tanto quanto possível, a prestação do atendimento adequado, alívio do sofrimento e o pensar nos modos de prevenir as ocorrências, por meio de uma forma ampliada de fazer saúde. A grande meta é a promoção de uma sociedade saudável.

¹ Pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz, pesquisadora de carreira do CNPq e pesquisadora do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves).

² Professora associada da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e pesquisadora de carreira do CNPq.

Desse modo, é não só lamentável mas também extremamente preocupante que, no período de 1990 a 2000, tenham morrido no Brasil 211.918 crianças e adolescentes por acidentes e violências (causas externas), sendo 59.203 crianças de 0 a 9 anos de idade; 33.512 púberes de 10 a 14 anos e 119.203 adolescentes de 15 a 19 anos. Esses números são impressionantes, principalmente quando comparados aos 146.824 óbitos por doenças infecciosas e parasitárias (DIP), ocorridos no mesmo grupo etário, no mesmo período.

Os elevados índices de mortalidade por acidentes e violências configuram um assunto de extrema gravidade. Ele requer conscientização, sensibilização e intensa mobilização social para o seu enfrentamento. A área da Saúde, especificamente, tem papel indelegável na compreensão e na atenção ao problema.

Definições e classificações da violência

Na tentativa de situar o problema da violência contra crianças e adolescentes no campo da Saúde, várias conceituações vêm sendo apresentadas. O Ministério da Saúde adotou uma terminologia e definição, oficializando-a nos seus documentos: Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência (BRASIL, 2001) e Notificação de Maus-Tratos Contra Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2002). Elas serão brevemente apresentadas neste capítulo introdutório, uma vez que informarão o sentido dos diversos textos que estão neste livro.

24

Considera-se como violência social todas as formas de relações, de ações ou omissões realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e espirituais a si próprio ou aos outros. Ela se manifesta nas discriminações e preconceitos em relação a determinados grupos que se distinguem por sua faixa etária, raça, etnia, seu gênero, suas necessidades especiais, sua condição de portadores de doenças e de pobreza. Assim, crianças e adolescentes negros, mais do que os brancos, estão sujeitos à discriminação; crianças e jovens do sexo masculino, mais do que os do sexo feminino, estão sujeitos à violência fatal; crianças e adolescentes do sexo feminino são mais vitimadas pela violência não letal; deficientes físicos, portadores do HIV/aids e crianças e adolescentes pobres são mais vulneráveis e expostos aos acidentes e violências e aos danos por estes provocados.

Violência intrafamiliar e institucional são formas agressivas e cruéis de se relacionar no interior das famílias, na escola e em instituições como albergues e internatos, produzindo danos físicos, emocionais, sexuais e, por vezes, até a morte. A violência intrafamiliar e a violência institucional são produzidas freqüentemente tendo como justificativa educar e corrigir erros de comportamentos de crianças e adolescentes.

As violências social, intrafamiliar e institucional se expressam sob diferenciadas formas e, quando relacionadas às crianças e adolescentes, costumam ser classificadas como negligência, abuso físico, abuso sexual e abuso psicológico.

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

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

Algumas síndromes provocadas pela violência física já foram identificadas pela literatura médica, tais como a síndrome do bebê sacudido. Essa é decorrente das fortes sacudidas no bebê, geralmente menor de 6 meses. Esses movimentos violentos são provocados pela irritação dos cuidadores com o choro ou com algum ato realizado pela criança e sobre o qual esta não tem domínio. Já foi classificada, também, a síndrome da criança espancada. Ela denomina os sofrimentos infligidos à criança ou ao adolescente como forma de castigo e de educá-los, geralmente gerando fraturas ósseas, hematomas, lesões cerebrais, queimaduras e outros sinais de crueldade.

Abuso sexual constitui todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, ou visando a utilizá-los para obter satisfação sexual. Essa categoria abrange as relações hétero ou homossexuais, cujos agressores estão em estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado que o da criança ou do adolescente.

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

Além das formas de violência citadas, há ainda a síndrome de Munchausen por procuração, definida como a situação na qual a criança é conduzida para cuidados médicos com sintomas inventados ou provocados por seus pais ou responsáveis. Esse tipo de violência acaba vitimando esses seres em formação, impingindo-lhes sofrimentos físicos e psicológicos como a realização de exames, consultas e internações desnecessárias, uso de medicamentos, ingestão forçada de substâncias, dentre outros.

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

É importante ressaltar que quando se fala em violência para o setor Saúde, ela deve ser entendida como a violência que lesa, física ou emocionalmente, e a que mata. Os acidentes estão aí incluídos não só por consenso internacional (OMS, 1995) mas também em razão das dificuldades de se estabelecer limites, às vezes tênues, entre as ações intencionais e os acidentes propriamente ditos (MELLO JORGE *et al.*, 2002).

Características dos acidentes e violências

As principais causas de morte de crianças e adolescentes brasileiros de 5 a 19 anos de idade são os acidentes e violência, chamados na Classificação Internacional das Doenças (CID-10), como já foi dito, causas externas. Nas principais cidades do País, de cada dez crianças ou adolescentes que morrem, cerca de sete perdem a vida por alguma causa violenta ou por acidente.

Entre crianças brasileiras com menos de 1 ano, a violência fatal não apresenta grandes diferenciações por sexo, embora morram mais meninas que meninos nesse período de vida. Entretanto, já nos primeiros anos, são as crianças e jovens do sexo masculino as maiores vítimas da violência. No Brasil, em 2000, foram 84,1% de óbitos masculinos *versus* 15,9% de mortes femininas na faixa de 0 a 19 anos de idade. A sobremortalidade masculina por causas externas nessa população foi de 3,6:1. Em algumas das capitais, como Rio Branco, Palmas e Macapá, essa relação foi de cerca de 4:1 mortes de homens para cada óbito feminino, respectivamente. Tais características merecem destaque, pois refletem as diferenças culturais na formação dos meninos e das meninas, desde muito cedo, e evidenciam um dos lados mais cruéis do machismo que, evidentemente, se reproduz com a participação dos adultos homens e mulheres. Os meninos não só se envolvem mais com eventos violentos, enquanto agressores, mas também estão mais expostos a serem vítimas deles.

Da mesma forma, deve ser enfatizada como socioculturalmente determinada a mortalidade da grande maioria das vítimas. Seu perfil é formado pelas seguintes características: pouca escolaridade, morar na periferia dos grandes centros urbanos, ser pobre, ser negro ou descendente desta etnia. Esse perfil que fica evidente nos estudos empíricos sobre o tema demonstra que, embora afete e vitimize todas as camadas da população brasileira, a violência não é democraticamente distribuída. Incide muito mais intensamente nas camadas economicamente pobres da sociedade.

Principais causas de vitimização

No ano 2000, acidentes de trânsito e transportes (38,8%) e homicídios (24,6%) representaram mais da metade (63,5%) das mortes por causas externas de crianças e jovens no País. Entretanto, algumas especificidades podem ser observadas nas diferentes faixas etárias. Entre as crianças mais novas, de 0 a 4 anos de idade, são os acidentes domésticos os principais responsáveis pelos óbitos (22,3%). Vários desses acidentes indicam negligência e falhas nos cuidados e na supervisão de crianças. Nas que estão em idade escolar, entre os 5 e 9 anos, os acidentes de trânsito aparecem como importante fator de

risco de morte (45,4%) e de lesões e traumas. O descaso e descuido com a vida, o desrespeito à lei e às normas sociais são exemplos de atitudes e comportamentos dos quais as relações no trânsito são um exemplo cabal. Na adolescência, o peso da violência social se faz sentir com toda a sua força. No grupo de 10 a 19 anos, os homicídios são, de longe, a mais importante causa de mortalidade, correspondendo a 49,5% entre todas as causas. Na maioria dos casos, essas violências ressaltam o elevado estresse nas relações interpessoais, o desrespeito à cidadania das crianças e dos adolescentes, seja no interior dos lares seja nos espaços públicos.

Do ponto de vista da morbidade, medida pelas internações hospitalares, verifica-se elevada ocorrência de traumatismos de crânio em crianças. No Brasil, em 1998, foram internadas por essa causa 16.376 crianças menores de 10 anos, com predomínio também do sexo masculino. Quanto à idade, 56,8% eram menores de 5 anos, sendo representativo o número de internações em menores de 1 ano.

As quedas se constituem no principal tipo de evento causador de lesões (61,2%), seguidos dos acidentes de transporte (21,1%) (KOIZUMI *et al.*, 2001). É necessário insistir também na melhoria da qualidade da informação para que esses dados possam refletir com mais clareza o tipo dessas quedas e desses acidentes, objetivando programas de prevenção.

Fatores potencializadores

O uso de álcool e o de outras drogas têm sido um fator relevante nas ocorrências de violência contra crianças e adolescentes. Essa prática social quase sempre se associa à violência intrafamiliar, assim como à violência ligada às infrações de trânsito e às relações interpessoais. O uso de armas de fogo, seja de forma legal pela população civil, seja de forma ilegal por delinquentes, é outro fator extremamente importante e gerador de mortes de jovens. No Brasil, em 2000, elas foram responsáveis por 2,1% das mortes acidentais (excluídos os acidentes de trânsito e transportes) e por 72,1% dos homicídios de crianças e jovens de 0 a 19 anos.

O consumo de drogas lícitas (álcool) e ilícitas (maconha, cocaína e outras) e o uso de armas de fogo têm uma relação de mão dupla com a violência que ocorre com crianças e jovens. Ao mesmo tempo em que são usadas pelos jovens para perpetrar atos infracionais, são também os principais fatores presentes nas dinâmicas causadoras de suas mortes. Importante parcela das mortes de jovens das grandes cidades no Brasil, hoje, deve-se aos conflitos oriundos da briga de quadrilhas pelo mercado varejista de drogas, dos acertos de contas entre usuários e fornecedores e dos confrontos entre policiais e traficantes. Em todas essas situações, as armas de fogo encontram-se associadas. No entanto, tudo isso é sintoma de uma sociedade que oferece poucas perspectivas saudáveis aos jovens pobres (a maioria dos que morrem) que, por sua vez, se afirmam socialmente pelo machismo que a violência promove pelas armas.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes: um passo a mais na cidadania em saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências*: Portaria MS/GM n.º 737, de 16 de maio de 2001, publicada no DOU n. 96, Seção 1E de 18 maio 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série E. Legislação de Saúde; n. 8).

KOIZUMI, M. S. et al. Crianças internadas por traumatismo crânio-encefálico no Brasil, 1998. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 10, n. 2, p. 93-101, 2001.

MELLO JORGE, Maria Helena Prado de. et al. Crianças, adolescentes e jovens no Brasil do fim do século XX. In: WESTPHAL, M. F. (Org.). *Violência e criança*. São Paulo: Edusp, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (Edusp), 1995.



CAPÍTULO III

Violência contra Crianças e Adolescentes: Questão Histórica, Social e de Saúde

Raquel Niskier Sanchez¹
Maria Cecília de Souza Minayo²

Introdução

Em seu sentido mais abrangente, definido na 8.^a Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e consagrado na Constituição cidadã de 1988, a “saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde”. Ela é, pois, sinônimo de qualidade de vida, entende o ser humano de forma integral, assegurando-lhe os direitos fundamentais desde o nascimento até o final da existência.

Coerente com o exposto acima, pode-se afirmar que a violência e suas conseqüências negativas sobre a saúde são, antes de tudo, uma violação dos direitos humanos, não escolhe classe social, raça, credo, etnia, sexo e idade (SANCHEZ, 2003). Ela, freqüentemente, integra o âmbito familiar, as relações interpessoais nas ruas e nas instituições e está presente nas zonas rural e urbana. Embora ocorra em todas as faixas etárias, são as crianças e os adolescentes, por estarem em processo de crescimento e desenvolvimento, os que se apresentam em situação de maior vulnerabilidade e sofrem maiores repercussões sobre sua saúde.

A violência contra crianças e adolescentes acompanha a trajetória da humanidade desde os tempos antigos até o presente. É, portanto, uma forma secular de relacionamento das sociedades, variando em expressões e explicações. Sua superação se faz pela construção histórica que “desnaturaliza” a cultura adultocêntrica, dominadora e patriarcal da sociedade brasileira. Esse tipo de violência pode ser definido como: atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundem em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas, seres em formação (BRASIL, 2001; ASSIS; GUERRA, 1996; DESLANDES, 1994; ASSIS, 1994).

A capacidade de gerar uma conceituação como essa é algo próprio da sociedade moderna em que a infância e a juventude se tornaram sujeitos de direito em vários países do mundo, acompanhando um movimento de reconhecimento de cidadania desse grupo social, consagrado em convenções internacionais. O Brasil é parte dessa dinâmica social inclusiva. A consciência moral da humanidade que fez chegar a definições que condenam

¹ Médica pediatra com especialização em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) da Fiocruz, com área de atuação em Adolescência, coordenadora-executiva do Núcleo de Apoio aos Profissionais, que atendem maus-tratos contra crianças e adolescentes, Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fiocruz, conselheira titular do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda).

² Socióloga, mestra em antropologia e doutora em Saúde Pública, professora titular da Fundação Oswaldo Cruz, pesquisadora de carreira do CNPq; coordenadora científica do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (Claves) da Fiocruz.

a violência contra crianças e adolescentes é a mesma que vem construindo e é construída por movimentos sociais pela cidadania, envolvendo reivindicações ativas de múltiplos sujeitos coletivos e grupos sociais específicos, desde o final do século XVIII.

Porém, o não-reconhecimento de crianças e adolescentes como sujeitos de direito também faz parte dos registros históricos. Está assinalado na Bíblia, na historiografia antiga, na Idade Média e ocorre até nos dias atuais. O mito que cerca o tratamento dos meninos e meninas como domínio dos pais e dos adultos se funda no patriarcalismo, no pátrio poder e na tese de que a educação “com sangue” entra (ASSIS, 1994; MINAYO, 2001; MINAYO; ASSIS; SANTORO JUNIOR, 2003).

O setor Saúde, objeto desta reflexão, a partir da segunda metade do século XX, em todo o mundo ocidental, tem sido um dos mais ativos defensores da proteção integral das crianças e dos adolescentes. Os protagonistas principais têm sido os pediatras e os sanitaristas desde Kempe *et al.* (1962), Fontana (1971), Kempe & Kempe (1978), dentre outros. Globalmente e também no Brasil, as teses dos defensores dos direitos infantis e juvenis, a partir da área da Saúde, se fundamentam nas condições de crescimento e desenvolvimento desses seres em formação. No entanto, na prática da assistência, a atenção dos profissionais focaliza os agravos, com predomínio do atendimento dos efeitos da violência na reparação dos traumas e lesões físicas no serviço de emergência; nos cuidados com a recuperação e reabilitação das seqüelas no âmbito hospitalar e no diagnóstico dos maus-tratos nos aspectos médico-legais. É claro que esses cuidados são fundamentais, mas o Estatuto da Criança e do Adolescente pede mais das equipes de saúde. Pede que se integrem, também, em práticas de proteção integral e de prevenção dos maus-tratos.

30

É bem verdade que várias instituições de saúde pelo País estão atuando dentro de uma visão abrangente, unindo cuidados específicos no atendimento das lesões e traumas com práticas de promoção e de prevenção. No entanto, o âmbito de sua ação é ainda muito restrito e pouco visível, em face da dimensão continental do Brasil, da distribuição desigual de conhecimentos, de equipamentos e de recursos, e por conta de muitos mitos culturais que cercam o assunto. 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.

No Brasil, a preocupação com os maus-tratos na infância sob a ótica da epidemiologia, a prevenção dos fatores de risco e o atendimento especializado são muito recentes, remontando à década de 80, coincidindo com a colocação do tema da violência na pauta da saúde pública. Os movimentos de prevenção e de atenção especializada surgem em consequência do reconhecimento da morbimortalidade por causas externas (violências e acidentes) como um problema muito sério para a atuação do setor Saúde nos âmbitos primário, secundário e terciário.

Formas e expressões da violência

No caso brasileiro, a violência que atinge crianças e adolescentes tem muitas faces e aqui se abordam suas principais manifestações: estrutural, intrafamiliar, institucional e delinqüencial.

Violência Estrutural

A violência estrutural é aquela que incide sobre a condição de vida das crianças e adolescentes, a partir de decisões histórico-econômicas e sociais, tornando vulneráveis suas condições de crescimento e desenvolvimento. Por ter um caráter de perenidade e se apresentar sem a intervenção imediata dos indivíduos, essa forma de violência aparece naturalizada, como se não houvesse nela a intervenção dos que detêm o poder e a riqueza. A intervenção específica do setor nesse sentido deve ser feita para reduzir e eliminar as desigualdades em saúde, ampliar o acesso e a qualidade da atenção. Porém, no âmbito da cidadania, os profissionais deveriam se engajar nos processos políticos de transformação social.

A maior expressão desse tipo de violência é o fato de, dentre 60 mil crianças e adolescentes brasileiros de 0 a 17 anos (Censo de 2000), 20 milhões (34,8%) se encontrarem em situação de pobreza, vivendo em famílias com renda mensal de até meio salário mínimo *per capita*. Em regiões mais pobres como o Nordeste, esse percentual chega a 58,8%, evidenciando a gravidade e a persistência das precárias condições de vida em geral e, sobretudo, da infância e juventude.

A violência estrutural tem várias formas-limite de manifestação. Três maiores expressões de vulnerabilidade são: a existência de meninos e meninas vivendo ou trabalhando nas ruas; os meninos e meninas trabalhando para sobreviver e a vida de meninos e meninas dentro das instituições de privação de liberdade.

Os vários estudos sobre o fenômeno meninos e meninas de rua revelam que as principais causas dessa situação são a falta de condições das famílias em mantê-los e os conflitos e violências no seio de suas famílias. No entanto, nas ruas eles convivem com ameaças a sua vida, potencial indução ao crime, maus-tratos praticados por policiais ou por outros, sendo explorados por comerciantes, seguranças, além de serem estigmatizados como “futuros bandidos”.

Quanto ao trabalho infantil, desde 1998, a lei brasileira permite que crianças, a partir de 14 anos, trabalhem apenas como aprendizes e, acima dos 16 anos, tenham vínculos formais. Mas, a Constituição determina que menores de 18 anos não podem trabalhar em horários noturnos (das 22 horas até às 5 horas da manhã) nem em atividades consideradas perigosas e insalubres. No entanto, o fenômeno social denominado trabalho infantil é hoje uma das formas de expressão da violência estrutural no País.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2001, ainda hoje no Brasil há 5.482.515 crianças entre 5 e 17 anos trabalhando. Dessas, 2.231.974 (40%) têm menos de 14 anos. A maioria (3.570.216) são meninos. Dos trabalhadores infantis até 13 anos de idade, grande

parte está empregada na área rural e em atividades agrícolas. De 14 anos para cima, aumentam as atividades no setor de serviços e indústrias. No campo, 77% do trabalho infantil não é remunerado. Nas áreas urbanas, 16% das crianças e adolescentes realizam atividades domésticas não remuneradas (SCHWARZTMAN, 2001).

As principais ocupações das crianças e adolescentes que trabalham no campo são atividades agrícolas. Nas áreas urbanas, têm empregos como balconistas, ajudantes de pedreiro e em restaurantes, comércio ambulante, oficinas de carro e serviços domésticos, como babás, diaristas, atendentes e cozinheiras. As atividades informais urbanas ocorrem em maiores proporções no Sudeste e Centro-Oeste onde as crianças atuam em venda de frutas, balas e flores nos sinais de trânsito, guardas de carro, engraxando sapatos, lavando pratos em restaurantes, dentre outras (SCHWARTZMAN, 2001).

Em todos os estados brasileiros, o IBGE, na PNAD de 2001, ainda encontrou trabalho infantil. O que tem a menor proporção é o Distrito Federal com 4% e o Maranhão ocupa o primeiro lugar com 22% de suas crianças trabalhando. Não é mera coincidência o fato de que nesse estado estejam concentrados os mais elevados índices de desnutrição infantil, de exportação de mão-de-obra escrava e de desigualdades sociais no País.

Cerca de 88% das crianças até 10 anos de idade, que trabalhavam em 1998, segundo Schwartzman (2001), não recebiam qualquer rendimento. Aos 17 anos, a proporção dos que não recebiam remuneração descia para 40%. Ainda que esse quadro tenha melhorado em 2001, as tendências não são de fácil reversão. O trabalho infantil tem um efeito muito perverso no desenvolvimento e crescimento das crianças e adolescentes. Aos 17 anos, a defasagem idade-série dos que trabalham é de 3,7 anos e a dos que não trabalham, 2,7 anos. Mais grave que a defasagem citada é o fato de que, aos 17 anos, cerca de 40% dos que trabalham estejam fora da escola, em comparação com os 32% dos que não trabalham. Em ambos os casos, esse mau desempenho escolar geral, que se agrava no caso de crianças e jovens trabalhadores, é preocupante para a sociedade brasileira, pois denota problemas sérios de qualidade do sistema educacional.

Além do significado negativo do trabalho infantil enquanto tal, tanto para o País como para as pessoas, esse quadro tem mais alguns ingredientes de crueldade. Nas áreas urbanas, o trabalho de crianças nas gangues de tráfico de drogas foi atividade incluída pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) entre as formas de trabalho infantil intoleráveis, junto com a exploração sexual e sua escravização. No campo, algumas fazem parte das situações de escravidão, junto com seus pais, como já foi descrito. No que concerne a problemas de insalubridade e periculosidade, ambas previstas como impeditivas pela Constituição, embora as grandes empresas garantam a legislação sobre o assunto, as terceirizações de atividades para o âmbito familiar, por exemplo, como acontece na colagem de solas de sapatos no setor de produção de calçados, perpetua a ilegalidade. Além disso, nos canaviais, na cultura do sisal ou nas plantações de fumo, crianças e adolescentes estão expostos ao manejo de ferramentas cortantes e produtos tóxicos, ao carregamento de fardos pesados, ao uso contínuo de agrotóxicos, além de, freqüentemente, terem longas jornadas de trabalho.

Os dados acima, quando comparados com os dos últimos dez anos, indicam significativa diminuição (35,0%) na expansão do emprego da mão-de-obra infantil, evidenciando-se um esforço nacional para superar o problema. De 1992 a 2001, quase 3 milhões de crianças deixaram de trabalhar: em 1992, eram 9,7 milhões. Essa queda é fruto de fortes investimentos governamentais, de ONGs e de organizações internacionais e da imprensa, para que sejam cumpridas convenções de direitos humanos e o ECA, e para que sejam criados mecanismos de modificação da situação. No entanto, especialistas concordam que, da mesma forma que no trabalho escravo, não bastam leis, diretrizes e coibições. A origem secular do trabalho infantil no mundo e particularmente no Brasil são, em primeiro lugar, a pobreza, a miséria e a má distribuição de renda, situações históricas de violência estrutural que tornam as crianças parte das condições de reprodução de suas famílias. Em segundo lugar, Schwartzman (2001) lembra o peso da cultura rural, sobretudo no Sul do País onde, apesar das condições sociais no campo serem bem melhores que as do Nordeste, é a região em que quase metade das crianças e adolescentes, cujos pais trabalham em atividades agrícolas, também trabalha, em proporções mais elevadas que as de todas as outras regiões.

A institucionalização é utilizada como meio de se contrapor ao abandono ou por motivos ditos “ressocializadores”. A história brasileira mostra a total ineficiência e ineficácia e a incompetência das instituições de internamento para promover a efetividade do crescimento infantil e juvenil. Elas próprias são produtoras de violência física, emocional e de negligência, o que acontece por múltiplas razões: forma burocrática de organização e de atendimento cujo caráter é impessoal e despersonalizante, criando impossibilidade de vínculos e laços significativos; fechamento para o mundo exterior e monotonia do cotidiano baseado na disciplina e não nas formas de desenvolvimento dos sujeitos, gerando pobreza das relações pessoais. Não há prioridade dos governos na formação dos jovens que vivem reclusos por algum tempo nas instituições e, mesmo depois do ECA, muitas delas continuam a funcionar como verdadeiras prisões.

Ora, as três situações-limite que persistem no País como verdadeiras pontas do *iceberg* da violência estrutural são a antítese da proteção integral preconizada pelo ECA.

Violência intrafamiliar

A violência intrafamiliar é aquela que ocorre no lar. As pesquisas sobre o tema têm mostrado que, geralmente, a violência é uma forma de comunicação e de relação interpessoal. 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.

Levantamentos do IBGE revelam que cerca de 20% das crianças e dos adolescentes sofrem violência física e 80% dos agressores são seus próprios pais. Vários estudos reafirmam esses dados. Conclusões de uma pesquisa de Assis (1994), num universo de 1.328 adolescentes de escolas públicas e particulares, encontraram a seguinte realidade: 75% dos entrevistados referiram os irmãos como autores de atos violentos; 40%, o pai e 45%, a mãe, confirmando a tese da comunicação violenta em determinadas famílias, afetando a todos os membros. A ocorrência de agressão severa foi referida por 40% dos adolescentes (ASSIS, 1994).

Do ponto de vista clínico, os agravos provocados por maus-tratos físicos são freqüentes na pele, nas mucosas, no esqueleto, no sistema nervoso central, no tórax e no abdome. As lesões cutâneo-mucosas podem ser devidas a golpes, queimaduras, arrancamento de dentes e de cabelos, mordidas e por armas brancas ou de fogo. Elas vão desde hiperemia, escoriações, equimoses e hematomas até queimaduras de terceiro grau. No esqueleto, as agressões físicas costumam provocar mutilações e fraturas dos ossos e dos membros em diferentes estágios de gravidade. No sistema nervoso central, a violência física é responsável por traumatismos cranioencefálico que podem ocasionar fraturas dos ossos do crânio ou hemorragias intracerebrais por causa de sacudidelas e impactos. Muitas crianças sofrem também lesões oculares e auditivas, levando à invalidez temporária ou permanente e até à morte.

34 Vários autores vêm associando (obviamente de forma não-linear) punição física com delinqüência, por causa de sentimentos ambíguos, confusos ou vingativos que ela gera, como angústia, raiva, ansiedade, medo, terror, ódio e hostilidade.

A violência sexual é uma das formas de abuso freqüentes no ambiente familiar. Os estudos mostram que as principais vítimas são meninas e os agressores são o pai, o padrasto ou ainda pessoas conhecidas e do relacionamento familiar com a vítima. Essa forma de abuso costuma ter como conseqüência a gravidez precoce de adolescentes e abortos clandestinos; o abandono do lar pelas meninas e meninos, e a intensificação de crianças vivendo nas ruas. Também tem impacto sobre a saúde das vítimas, tanto do ponto de vista físico como mental, exteriorizando-se a curto, a médio e a longo prazo (SADIGURSKY; MAGALHÃES, 2002). Do ponto de vista físico, os agravos devem ser observados em todas as áreas envolvidas nas práticas sexuais, como boca, mamas, genitais, região perineal, nádegas e ânus. As lesões podem se apresentar como hiperemia, edema, hematomas, escoriações, fissuras, rupturas, sangramentos, gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis.

Do ponto de vista emocional, há uma variedade de sintomas associados, dependendo da idade, das condições psicológicas das vítimas, da sua história anterior, do grau de parentesco com o abusador e da freqüência e repetição do ato. Observa-se, em geral, que as vítimas têm mais dificuldade de aprendizagem, distúrbios de comportamento como dispersão, fobias e terror noturno, comportamentos autodestrutivos, isolamento social, precoces atitudes erotizadas com interesse por brincadeiras sexuais, dificuldade para fazer amizades, baixa auto-estima e depressão.

É difícil quantificar esse fenômeno, porque a notificação é muito discrepante e só ocorre com a intervenção concreta de terceiros que podem ajudar a vítima a buscar atendimento ou a denunciar.

A violência psicológica ocorre quando os adultos sistematicamente depreciam as crianças, bloqueiam seus esforços de auto-estima e as ameaçam de abandono e crueldade. Essa forma de relacionamento, também difícil de ser quantificada, provoca grandes prejuízos à formação da identidade e da subjetividade, gerando pessoas medrosas ou agressivas e que, dificilmente, aportarão à sociedade todo o potencial que poderiam desenvolver. Essa forma de abuso passa pela forma cultural com que pais e adultos concebem as crianças e os adolescentes, considerando-os sua posse exclusiva e acreditando que humilhá-los é a melhor forma de educar.

O abuso psicológico freqüentemente está associado a distúrbios do crescimento e do desenvolvimento psicomotor, intelectual e social. Um ambiente de dominação e humilhante pode potencializar sintomas de agressividade, passividade, hiperatividade, depressão e de baixa auto-estima. Ou ainda, aumentar nos jovens, as dificuldades de lidar com a sexualidade.

As negligências representam omissão em relação à proteção integral. Expressam-se na falta de provimento de alimentos, roupas, cuidados escolares e médicos e de outros que são necessários ao desenvolvimento e crescimento infantil e juvenil. Em pesquisa específica, Deslandes (1994) encontrou um percentual de 23,4% desse tipo de agravo registrado num serviço voltado para prevenir violências. A negligência costuma se apresentar em situações limítrofes entre pobreza e maus-tratos. Ou seja, uma vez que a negligência se define pela omissão de cuidados e de atendimento às necessidades das crianças, a reconhecida ausência de condições econômicas 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. No entanto, nas classes média e alta, 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.

Do ponto de vista físico e afetivo, freqüentemente se encontram nas crianças negligenciadas lesões de pele por repetição da má higiene corporal; desnutrição; calendário vacinal desatualizado; tratamentos médicos inadequados, por vezes levando à reincidência de internações; acidentes domésticos freqüentes; inadequação do nível de escolaridade à idade cronológica; absentéismo da escola e omissão de atenção e de limites frente às várias situações do cotidiano.

Violência delinqüencial

Sobretudo depois da promulgação do ECA, a opinião pública e a imprensa nacional se esmeram em colocar um foco de luz especial sobre a delinqüência juvenil. Em 1997, havia em todo o País 20.352 adolescentes e jovens de 12 a 20 anos cumprindo medidas socioeducativas (internamento, semi-internamento, escolas especiais, serviços à comunidade). Num total de 4.245 internados, havia 12 rapazes para uma moça (IBGE, 1997). Numa sociedade com tantas desigualdades como a brasileira, esse fato precisa ser analisado de forma asso-

ciada à violência estrutural e à questão de classe, pois a quase totalidade dos que estão em regime de medida socioeducativa são meninos e meninas pobres. Nesses casos, junta-se a situação de precariedade social com os preconceitos e as dificuldades, por parte dos jovens, de pensar um projeto de vida, fora das condições estruturais desfavoráveis. Sobretudo nas grandes cidades, muitos ficam entre a escolha de inserção no mercado varejista de drogas, no subemprego ou nos empregos desqualificados, pois é também aos mais pobres que faltam estudos formais e qualificação profissional.

Um ponto importante a ser observado é que a magnitude da delinqüência infanto-juvenil é muito menor do que a reação da sociedade contra ela e é também um fenômeno universal e histórico. Estudos de Assis & Constantino (2000) revelam que, no ano de 1994, havia 134 infratores jovens de 12 a 17 anos para cada 100.000 habitantes no Rio de Janeiro, enquanto na cidade de Nova Iorque a relação era de 1.045 para cada 100.000. Outros estudos têm mostrado que, em todas as sociedades e em todos os tempos, os adolescentes e jovens são os grupos sociais mais rebeldes e que mais infringem as leis sociais.

A questão da violência infanto-juvenil que se expressa na delinqüência, anteriormente relegada ao escopo da segurança pública, hoje, invade o lar das famílias brasileiras por meio da mídia e do aprisionamento domiciliar que a população vem vivenciando em resposta à insegurança do espaço comunitário. Alcançou os profissionais de saúde diretamente, ao fragilizar ainda mais os serviços públicos de atendimento e ao complexificar o atendimento cirúrgico. Aos pediatras, a situação de exacerbação dos conflitos sociais e em particular, da delinqüência juvenil, trouxe à baila a noção de que seus pacientes não são apenas vítimas frágeis, mas, às vezes, cometem violências e brincam com armas poderosas de destruição. Novas fontes de informação e de reflexão se tornaram necessárias para que possam dar um atendimento adequado à situação da sociedade atual, em que a maioria dos agravos à saúde se deve ao estilo de vida e muito menos a processos biológicos.

36

O atendimento pelos serviços de saúde

Embora o tema da violência contra crianças e adolescentes esteja assumindo maior visibilidade nos estudos, pesquisas, publicações, campanhas (como a da Sociedade Brasileira de Pediatria), nas iniciativas dos ministérios da Saúde (2001; 2002); da Justiça (1993; 2002; 2003), da Assistência Social e outros, ainda se observa o despreparo dos profissionais das diferentes áreas que lidam com a problemática.

Pesquisa realizada com pediatras das várias regiões brasileiras sobre a introdução do tema na sua pauta dos atendimentos revelou, dentre outros achados, que mais de 30% dos profissionais, que responderam ao questionário proposto, apenas encaminhavam as vítimas de violência para outras instâncias, limitando-se ao atendimento dos aspectos físicos apresentados (GOMES; NISKIER, 2001).

Sendo indiscutível o impacto dos maus-tratos e abusos sobre a saúde de crianças e adolescentes, sem quaisquer tipos de discriminação, é fundamental que os profissionais da área estejam capacitados para o enfrentamento dos agravos que, cada vez mais, aparecem nas

unidades de saúde, desde a atenção básica até os serviços de emergência. Para tanto, é evidente que a atenção precisa ser intersetorial e multiprofissional, com o enfoque interdisciplinar, visando-se a ações efetivas que levem a romper o ciclo da violência: ele tem raízes profundas na cultura patriarcal. Repetindo Paulo Freire na expressão do desejo de que o ECA seja mais do que uma lei que “não pega”, como se diz popularmente, “é fundamental que se diminua a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal maneira que, num dado momento, a fala seja a prática.”

Referências bibliográficas

ASSIS, S. G. Crianças e adolescentes violentados: presente e perspectivas para o futuro. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, p. 126-134, Supl. 1.

_____.; CONSTANTINO, P. *Filhas do mundo: infração juvenil feminina no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

BRASIL. Ministério da Justiça. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília: Ministério da Justiça, 1993.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria de Estado de Direitos Humanos. *Pacto pela paz: uma construção possível*. Brasília: Conanda, 2003.

_____. Ministério da Justiça. Secretaria de Estado de Direitos Humanos. *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil*. Brasília: Ministério da Justiça, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

DESLANDES, S. F. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, p. 177-187, Supl. 1.

FONTANA, V. J. *The maltreated child: the maltreatment syndrome in children*. 2. ed. Springfield: Charles C. Thomas, 1971.

GOMEZ, R; NISKIER, R. O pediatra e a prevenção da violência. *Revista de Pediatria da Soperj*, v. 2, n. 2, p. 3-9, 2001.

GUERRA, V. N. A. *Violência física doméstica contra crianças e adolescentes e a imprensa: do silêncio à comunicação*. Tese (Doutorado em Serviço Social)– Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Indicadores sociais*. Rio de Janeiro: IBGE, 1997. v. 6.

_____. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios: síntese de indicadores: 1999*. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

_____. *Síntese dos indicadores sociais, 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.

KEMPE, C. H.; SILVERMAN, F. N.; STEEL, B. F. The battered child syndrome. *JAMA*, v. 181, p. 17-24, 1962.

KEMPE, R. S.; KEMPE, C. H. *Child abuse*. Londres: Fontana Open Book, 1978.

MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Revista Brasileira Materno Infantil de Recife*, v. 1, n. 2, p. 91-112, 2001.

_____; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 1, p. 7-32, 1999.

_____; ASSIS, S. G.; SANTORO JUNIOR, M. Violência e maus tratos contra crianças e adolescentes: velho problema com novas faces. In: WASKMAN, R. D.; GIKAS, R. M. C. (Org.). *Segurança na infância e adolescência*. São Paulo: Ateneu, 2003. p. 137-156.

SADIGURSKY, C. A.; MAGALHÃES, M. L. Violência sexual: aspectos psicossociais e clínicos. In: RONALD, Pagnoncelli; COSTA, M. C. O. (Org.). *Adolescência: aspectos físicos e psicossociais*. Porto Alegre: ArtMed, 2002. p. 419-438.

SANCHEZ, R. N. O enfrentamento da violência no campo dos direitos de crianças e adolescentes. In: ——— *Pacto pela paz: uma construção possível*. São Paulo: Fundação Petrópolis, 2003. p. 39-46.

-
- 38 SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP); Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves); Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp). Fundação Oswaldo Cruz; Secretaria de Estados dos Direitos Humanos. Ministério da Justiça. *Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 44 p.



PARTE 2

Aspectos Conceituais da Violência na Infância e Adolescência

Simone Gonçalves de Assis¹

Esta parte do livro destaca o embasamento conceitual sobre diferentes tipos de violência na infância e adolescência, dando ao profissional de saúde subsídios para melhorar sua

¹ Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves) da Fiocruz.

compreensão e sua atuação frente ao problema. Os capítulos que a compõem foram escritos por profissionais que estudam o problema ou que lidam cotidianamente com crianças e adolescentes vitimados, apontando áreas problemáticas com as quais, em geral, os profissionais de saúde têm dificuldades em lidar, sobre as quais, apresentam problemas de entendimento. Vários outros temas poderiam ser abordados e certamente serão em trabalhos futuros, face à crescente complexidade e ao dinamismo, tanto das formas pelas quais a violência se expressa como da consciência social sobre a questão.

O tema do abuso físico contra crianças e adolescentes é inicialmente destacado pela aceitação e naturalização que ainda possui na sociedade como um todo, apesar do repúdio intelectual e moral desse tipo de punição como método educativo. Muitos profissionais de saúde se sentem absolutamente constrangidos quando são indagados a se posicionarem frente a uma mãe que bate em seus filhos. Experiências da própria infância e o aprendizado individual, em conjunto com as normas culturais que cada um apreende, contribuem para que divergências sejam correntemente encontradas na forma de lidar com a questão no dia-a-dia dos serviços de saúde.

Pensar a punição física como norma educativa durante o crescimento e desenvolvimento infantil é, na mentalidade geral, algo totalmente dissociado do uso da agressão física na vida em sociedade. Pouco se sabe e poucos argumentam sobre como se constrói a consciência de um indivíduo que considera que a resolução de conflitos depende menos do diálogo e mais da força física. A importância do tema a ser debatido pela sociedade e pelos profissionais de saúde vai muito além do texto apresentado por Assis e Deslandes e do estado do conhecimento que se tem hoje. É uma questão que se fundamenta na urgência de transformação da sociedade brasileira em momento de violência social exacerbada, em que o uso da força física como forma de dominação é utilizada indiscriminadamente.

40

O tema do abuso sexual é discutido a seguir em dois capítulos. Esse assunto foi um dos mais investigados no País na área da Saúde Pública na década de 90, sob diversos enfoques. A diversidade das abordagens inclui aspectos teóricos e socioculturais; estudos epidemiológicos; pesquisas empíricas em institutos médico-legais, hospitais e serviços de saúde; além de investigações sobre representações sociais. Análises sobre conseqüências do abuso sexual, a exemplo da associação entre transtornos alimentares e abuso sexual na infância também começam a estar presentes nas pesquisas e nos debates que buscam a democratização do País e uma vida mais saudável para os cidadãos (ASSIS; CONSTANTINO, 2003).

O capítulo escrito por Felizardo, Zürcher e Melo traz importantes considerações teóricas sobre a questão, destacando as dificuldades que os profissionais de saúde têm ao atenderem pacientes com histórias de abuso sexual. Discute ainda a necessidade de um bom registro e da notificação por parte daqueles que atendem as vítimas, sugerindo formas de estabelecimento de vínculo e de atuação.

Já o texto de Guimarães, Farias e Barbosa complexifica o atendimento familiar em casos de incesto, tendo em vista a forte presença da família no cometimento da violência sexual. Aborda um grande dilema atual e da prática concreta, que é o da punição do agressor sexual, enfatizando que não basta somente punir, pois esta estratégia apenas tangencia o pro-

blema. É necessário repensar o atendimento e os profissionais que o implementam, para que se altere a dinâmica do abuso sexual familiar. Mudar o foco do atendimento apenas da criança e do adolescente vítima (em alguns casos das mães), para uma atenção que vise à família de forma integral, vem sendo colocado com estratégia fundamental para se pensar cuidados com maior eficácia transformadora em situações de violência familiar.

O abuso psicológico é tratado no texto de Assis e Avanci. Na década de 90, a discussão sobre esse tema foi a ausência mais sentida nos estudos de saúde pública no Brasil. Embora sua importância seja reconhecida, a ênfase observada é a de que se trata de um tipo de violência associada às demais. Nesse enfoque, o abuso psicológico deixa de ser problematizado e suas conseqüências são minoradas, pois ficam submetidas às conseqüências dos outros tipos de agravos. Há ainda muito a ser investigado e disseminado entre os profissionais de saúde sobre sua relevância.

O capítulo escrito por Luci Pfeiffer é muito relevante, pois, de forma clara e objetiva, discorre sobre os sinais sobre nos quais o profissional precisa atentar para suspeição de violência em casos de crianças portadoras de deficiências mentais, físicas, visuais e auditivas; com necessidades especiais, geralmente provocadas por doenças crônicas, distúrbios genéticos e enfermidades degenerativas, além das dependentes de tecnologia para manutenção da vida. O texto abre para a comunidade da saúde a importância de ter maior cuidado com a questão e de desenvolver conhecimento técnico e capacidade de atendimento a essas crianças em situação tão delicada de sobrevivência.

Importante é o capítulo escrito por Ana Cecília Bastos e Miriam Alcântara sobre a parte conceitual e de experiência de atenção psicossocial às vítimas de violência. As autoras apresentam uma revisão bibliográfica extensa, abrangente e crítica sobre as várias formas de abuso, suas peculiaridades e as várias etapas de abordagem. Ao fazê-lo, oferecem um marco referencial a ser tomado em consideração pelos profissionais de diversas áreas, assim como também pelos que atuam no atendimento psicológico. Defendem, como todos os outros autores deste livro, uma ação com estratégias intersetoriais de proteção integral.

Outro tema conceitual de referência nesta parte é o de Iolanda Guimarães sobre violência de gênero. Embora o texto não trate especificamente dos casos de crianças e adolescentes, ele é muito relevante, pois qualquer compreensão e qualquer atuação em relação à violência precisam estar ancoradas na perspectiva de relações entre homens e mulheres (perspectivas também do papel de pai e de mãe) e nas diferenciações de idade. A autora apresenta alguns elementos práticos para ação, balizados na experiência internacional.

O tema da violência em crianças e adolescentes portadores de deficiência ainda é raro na bibliografia nacional, apesar de os abusos estarem fortemente presentes, muitas vezes em dose dupla, nas formas de comunicação e de organização familiar, institucional e comunitária em diversos trabalhos que têm como ênfase esse grupo populacional. Crianças e adolescentes portadores de deficiências são altamente vulneráveis a abusos e a negligências em função das dificuldades de muitos pais em aceitá-los, das barreiras comunicativas, da frustração dos cuidadores e das discriminações sociais.

A exploração do trabalho infanto-juvenil é caracterizada por jornada de trabalho extenuante, muitas vezes em condições aviltantes e com remuneração escassa (quando existente). É uma face da violência estrutural, revelada no processo de globalização e nas taxas elevadas de desemprego, afetando toda a unidade familiar. Tem como conseqüência má escolarização, negação de tempo para atividades lúdicas, além de seqüelas nutricionais, envelhecimento precoce, desenvolvimento comprometido e ainda, em alguns casos, estímulo à corrupção e prostituição.

Embora no Brasil o nível de ocupação das crianças e dos adolescentes venha diminuindo, ainda é elevado: em 2001, 296.705 crianças de 5 a 9 anos trabalhavam (IBGE, 2001). Sabe-se ainda que essa situação não é fielmente dimensionada, sobretudo porque ficam ocultas várias formas de atividades, camufladas de ajuda a adultos e sem remuneração. O artigo de Hoefel destaca exatamente a realidade escondida por detrás do trabalho feminino doméstico, atividade ainda pouco dimensionada quanto a seu impacto numérico e sua influência sobre o crescimento e desenvolvimento juvenil. A reprodução do limitado “possível social” de meninas, fortemente marcadas pela discriminação de gênero, aponta e ressalta o quanto valores sociais “naturais” perpetuam as desigualdades naturalizadas no País.

42

Outras formas de exploração do trabalho juvenil têm sido mais estudadas na última década e vêm sendo alvo de atuação governamental. A exploração sexual comercial, sob as formas da exploração sexual infanto-juvenil e do abuso sexual familiar e extrafamiliar, é uma delas, sendo tema de destaque do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, promulgado em 2002. Também tem contribuído para o enfrentamento do problema o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), criado em 1996, que atende crianças e adolescentes entre 7 e 15 anos, que estejam trabalhando em atividades descritas nas categorias que caracterizam o trabalho infantil perigoso, penoso, insalubre ou degradante. As famílias dessas crianças e adolescentes passaram a ter direito a uma bolsa mensal, além de recursos adicionais que são oferecidos para as que colocam os filhos em jornada escolar ampliada, ou seja, em período extracurricular, de atividades de reforço escolar, ações esportivas, artísticas e culturais. Segundo dados oficiais, desde a implantação, foram atendidas 810 mil crianças, em 2.601 cidades de todo o País (BRASIL, 2004).

O último tema abordado na parte conceitual deste livro se refere à violência institucional. O artigo de Santos trata de forma contundente um assunto pouco presente no debate da área da Saúde que, no entanto, provoca graves danos ao crescimento e ao desenvolvimento infantil e juvenil. O foco do autor são as violências perpetradas por instituições, com uma análise complexa e direta do nefasto papel das instituições totais, tanto para a ampliação do quadro de violência social como para a formação e a saúde dos sujeitos que passam por elas.

O tema da institucionalização, embora há décadas discutido no País, não apresenta evolução significativa nem no que se refere à ação governamental e nem na especificidade das propostas. As condições de vida de crianças e adolescentes institucionalizados no País permanecem absurdamente indignas e ocultas sob a falsa capa da necessidade de atenção

que atinge as classes muito desfavorecidas, mesmo depois do ECA. Não é sem sentido o fato de Roberto Santos denominar prisões as unidades de internação. Constituem exceções as estratégias de reintegração ao convívio familiar, não há ênfase na importância do afeto como fator propulsor do desenvolvimento, a educação e capacitação profissional são precárias, os cuidados com saúde física e mental são minguados, e pouco se faz quanto ao estímulo de um projeto de futuro.

O desrespeito ao Estatuto da Criança e do Adolescente na área que cuida de adolescentes em conflito com a lei é flagrante e preocupante. O atendimento precisa ser efetivamente individualizado e personalizado, para tanto se faz necessária a descentralização do atendimento dos jovens que cumprem medida de internação. A participação dos profissionais de saúde é fundamental para a mudança das formas de organização, de educação e de atendimento, visando à eficácia para a formação de pessoas saudáveis e mais felizes.

Outros temas, embora ausentes nesta parte do livro, merecem ser destacados pela relevância que têm para o cotidiano dos profissionais de saúde. A negligência é um tipo de maltrato que, pela sua importância, mereceria ser assunto de mais trabalhos do que foi observado, sobretudo porque ela se associa, freqüentemente, a outras formas de violência, principalmente ao abuso psicológico (ASSIS; CONSTANTINO, 2003). Talvez isso ocorra porque, excluindo-se as situações extremas, é muito difícil para o profissional de saúde ter clareza se o ato é realmente uma omissão ou resultante 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.

A negligência é caracterizada pela omissão do responsável pela criança ou pelo adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento. Em seu nível extremo, pode chegar ao abandono total ou parcial da criança e do adolescente. Pode significar omissão em termos de cuidados básicos: alimentação, higiene, estímulos e condições para freqüentar a escola, para a oferta de medicamentos, por exemplo. O critério da cronicidade na falta de cuidado e o da omissão das necessidades são fundamentais para se aferir com mais exatidão um caso de negligência (SBP, 2000). Os preconceitos dos profissionais de saúde podem dificultar e estigmatizar famílias sem recursos econômicos, sendo essencial que se façam discussões sobre os casos e os profissionais se capacitem quanto ao diagnóstico e ao encaminhamento que podem dar aos pacientes, sempre buscando apoio na rede social que deveria acolher as famílias com problemas de violência.

Também neste livro, não foi tratada a questão dos “meninos e meninas em situação de rua” que mostram a perpetuação de um problema cada vez maior na sociedade brasileira. É nesse espaço que encontram opções de vida, trabalho e lazer, transtornando-se os papéis tradicionais do núcleo familiar e provocando sérios riscos e agravos à formação da subjetividade, da identidade, da auto-imagem e da saúde desses meninos e meninas. Os estudos existentes sobre o assunto mostram que a maioria foge aos problemas de miséria, mas, sobretudo, da ameaçadora convivência familiar e comunitária, em que sofrem associadas formas de violência.

Apesar de ser um problema tão antigo no País, ainda há uma carência de propostas de intervenção para essa população. Os trabalhos existentes mostram a inabilidade da sociedade em geral e a ineficiência metodológica do sistema de atendimento voltado para essas crianças, francamente em situação de risco social.

Outro importante tema que teve muito destaque nos últimos anos foi o da violência na escola e que não vem especificamente registrado, a não ser, em parte, no texto de Assis e Avanci. O desenvolvimento teórico vem englobando as várias facetas do problema. A violência simbólica existente na hierarquia escolar vem acompanhada da noção de violência estrutural, especialmente nas escolas públicas que carecem de equipamentos e estruturas físicas adequadas ao aprendizado, bem como padecem de uma pedagogia adequada ao público que atendem. As autoras citadas acima mostram que seria importante dar atenção ao fenômeno das agressões físicas, verbais e sexuais como parte da explosão da violência social e comunitária que contamina a escola e aumenta agressividade entre jovens.

A conexão entre violência familiar e escolar também é foco de atenção, indicando a conexão existente entre as variadas formas de violência. Estudos têm identificado que adolescentes agredidos fisicamente em casa correm quatro vezes mais risco de serem diagnosticados como agressivos na escola. Profissionais de saúde e de educação precisam ter mais conhecimento que os habilitem a diagnosticar e enfrentar os problemas trazidos pelos jovens.

44

Enfim, há muito a ser compreendido sobre os temas aqui nomeados e as outras formas de violência que atingem crianças e adolescentes, muitas das quais provocam mortes precoces, por homicídios, suicídios e acidentes, em especial, os de trânsito. Os profissionais de saúde ainda são pouco habituados aos conceitos que fundamentam a compreensão e orientam as ações necessárias ao enfrentamento de uma rede tão complexa e interligada de violências. No entanto, desde a promulgação do ECA, não podem se eximir de sua atuação para identificar, diagnosticar, notificar, prevenir e atuar. A promoção da democratização do País exige seu engajamento para a maior inclusão das crianças e adolescentes nos direitos de cidadania.

Referências bibliográficas

ASSIS, S. G.; 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.

BRASIL. Ministério da Justiça. *Direitos Humanos*. Disponível em: <<http://www2.mj.gov.br/sipia>>. Acesso em: 1.º mar. 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 114 p. (Série E. Legislação de Saúde). ISBN 85-334-0761-0.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Trabalho Infantil. In: _____. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios - 2001*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 11 fev. 2004.

MENEGHEL, S. N. *Famílias em pedaços: um estudo sobre violência doméstica e agressividade na adolescência*. Tese (Doutorado)– Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1996.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP); Ministério da Justiça; Fundação Oswaldo Cruz. *Guia de atuação frente aos maus-tratos na infância e adolescência*. Rio de Janeiro: SBP, 2000.

SILVA, M. R. *Trama doce-amarga: (exploração do) trabalho infantil e cultura lúdica*. São Paulo: Ijuí; Unijuí: Hucitec, 2003.



CAPÍTULO IV

Abuso Físico em Diferentes Contextos de Socialização Infanto-Juvenil

Simone Gonçalves de Assis¹
Suely Ferreira Deslandes²

A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001) conceitua abuso físico ou maus-tratos físicos como o uso da força física capaz de produzir uma injúria, ferida, dor ou incapacidade. Tal definição, além de explicitar a necessidade da força capaz de infligir dano, evidencia que esse dano é perpetrado por diferentes agentes, em diversos contextos e espaços sociais.

Abuso físico tem sido comumente descrito no âmbito da violência familiar ou em outros ambientes comunitários e sociais. O conceito traz embutida a noção de poder e controle em que uma pessoa mais velha, mais forte ou mais influente tenta obter o que deseja, impingindo tortura, terror e dor.

O termo agressão física é usado para descrever atos que produzem dores e danos ao corpo por pais, educadores, policiais, desafetos e também por delinqüentes. Esse termo impessoal se vincula ao conceito de agressividade, noção que tem origem no enfoque biológico e comportamental dos seres humanos e animais. A aparente neutralidade da palavra obscurece o fato de que, em seres humanos, mesmo o componente biológico é potencialmente transformado pelas relações sociais. Já violência física é um termo de mais elevado nível de abstração: traz implícito nele a idéia de poder, de força, de relações culturalmente construídas. Ela situa os autores e as vítimas no contexto histórico e cultural.

As noções tratadas acima são abordadas no presente capítulo sob o enfoque do abuso físico, no sentido de caracterizar o uso da força física contra crianças e adolescentes, como forma de ensinar algum comportamento, como meio de resolução de conflitos e como mecanismo de estabelecimento de relações de subordinação. Apenas quando o foco é a comunidade, optou-se pela utilização do termo violência.

O uso da força física esteve sempre presente na história humana ocidental, indicando sua importância como mecanismo de comunicação. Um importante autor que investigou o tema, Foucault (1977), em seu livro *Vigiar e Punir. História da Violência nas Prisões*, relata a chocante execução pública de um parricida, ocorrida em 1757 na França. O terrível e minucioso relato detalha as formas como o condenado foi supliciado, como seu corpo

¹ Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e do Centro Latino-Americano de Estudos Sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves) da Fiocruz.

² Pesquisadora associada do Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fiocruz.

foi atezado, queimado, mutilado, como seus membros foram separados do tronco pela força de tração de vários cavalos e depois, finalmente, como foi queimado. Nessa época, os suplícios e os castigos corporais cumpriam uma função de demonstração didática, sob a forma de grande teatro público, ressaltando a força da lei e o ônus de desrespeitá-la.

No século XVIII, demonstrações públicas de suplício àqueles que infringiam as leis eram aceitas. E o corpo da pessoa considerada culpada por crimes era espaço de exemplificação pela dor intensa. Ao mesmo tempo, a pedagogia da agressão física também era largamente utilizada em outras instituições sociais, tais como na família, na escola e nas primeiras manufaturas.

Com a Revolução Francesa, fato que marcou o avanço da racionalidade moderna, houve importantes mudanças culturais e de mentalidade no tocante aos direitos individuais e sociais, dentre os quais o direito à inviolabilidade do corpo. A eficácia da lei contra os transgressores deveria ser exercida não mais por castigos corporais, mas pela sua eficiente aplicação. Os cidadãos deveriam temer, sim, a onipresença e a infalibilidade da lei.

Contudo, as transformações históricas não costumam ocorrer subitamente. Até 1789, o pelourinho era empregado na França (no Brasil foi ainda usado por quase cem anos a mais) e vigente até 1837 na Inglaterra. Embora a força e a guilhotina fossem consideradas pela opinião pública da época como repugnantes, os condenados continuaram a ser executados em público até 1848. Ainda hoje, a pena de morte adotada em vários países continua a ser um castigo legal, aplicado aos que cometem crimes com mortes ou outros considerados hediondos.

48

Apesar da continuidade de formas muito dolorosas de castigo persistirem em várias sociedades, no âmbito público e por parte do Estado, o sofrimento físico vem sendo aos poucos substituído pelo “sofrimento da alma”, pela suspensão da liberdade, dos direitos, dos bens e da identidade. Segundo Foucault, outras concepções pedagógicas vão tomando o lugar da punição corporal, tais como a inculcação da disciplina e a vigília de “corpos e mentes” milimétrica e ininterruptamente exercida. Foucault demonstrou em outros estudos (1977a; 1979) a maneira como foram sendo substituídos os mecanismos de imposição da ordem social e das relações de poder pela via da brutalidade física, pela tecnologia disciplinar, pelo que chamou de “docilização dos corpos”, inclusive nas escolas e nos hospitais.

A despeito do avanço legal, a punição física ainda ocorre de forma insidiosa nas principais instituições ditas de socialização, nas instâncias policiais e na sociedade. Continua sendo desejada por uma população descontente e refém da falta de segurança pública, e sendo utilizada como meio de conseguir confissões nas investigações policiais e por grupos criminosos que impõem, cotidianamente, a seus membros e a comunidade de entorno um regime de terror para os que desobedecem a seus códigos. Também é um mecanismo utilizado em conflitos entre grupos de jovens em clubes e boates, por exemplo. A utilização das armas de fogo cresce entre a população potencializando o caráter destrutivo das agressões físicas, ressaltando a banalização da vida, de valores como o respeito, a dignidade e a crença na justiça. Parte dessa adesão à violência, como forma de exemplificar, é parcialmente explicada pela hipótese da descrença na polícia e na justiça.

No caso da infância, Ariès (1989), em seu livro *A História Social da Infância*, evidencia o quanto, por longos séculos, tem sido aceito o emprego de variadas formas de violência, uma vez que as crianças eram consideradas desprezíveis e propriedades paternas. E até hoje, curiosamente, a família, no âmbito privado, vem permanecendo como detentora legítima do uso da violência física. Apenas recentemente e com muito mais vigor, a partir da segunda metade do século XX, começaram a se produzir fortes críticas a esse respeito, com argumentações amparadas na construção da democracia, do direito e da realização pessoal. Um interessante contraponto à aceitação da agressão física vem do seu banimento como mediação da aprendizagem no ocidente. A “pedagogia da punição corporal” se tornou, definitivamente, prática ilegítima e arbitrária se exercida por professores ou profissionais, nos últimos 80 anos, indicando um avanço na consolidação dos direitos humanos. Contudo, continua banalizada quando é exercida como forma de comunicação entre estudantes: em quase todas as partes do mundo.

No entanto, apesar de todas as políticas, leis, normas e propostas, o uso da força física contra crianças com o objetivo de provocar dor ou de disciplinar seus corpos, suas atitudes e suas mentes ainda permanece fortemente justificado como mecanismo de socialização, inclusive no Brasil. Dentro de uma proposta de mudança cultural, Redin (1996) refletindo sobre o que verdadeiramente revolucionará a Educação Básica no Brasil, destaca, em primeiro lugar, a importância da escola definir sua missão e identidade como a antítese da violência:

A Educação Infantil deverá estabelecer e garantir relações objetivas e subjetivas que instalem nas crianças e nas instituições (educativas e/ou assistenciais) o sentimento inquestionável e irredutível de dignidade, auto-estima, de consideração, de respeito [...]. Serão expurgados desta escola: as ameaças, as pressões, as provas humilhantes, os castigos. Nenhum homem humilhado será um cidadão pleno (p. 98).

Em segundo lugar, o autor reafirma a necessidade da escola intervir nas formas de agressões e humilhações entre alunos, dado que aí se veicula também um aprendizado de violência. A estratégia para coibir tal prática arraigada seria o incremento do uso do diálogo como forma de resolução de conflitos e para lidar com a divergência de opiniões. Postula que a ternura e a cumplicidade solidárias devem estar presentes nos atos e na comunidade escolar.

Em síntese, muito se avançou nos últimos 200 anos quanto ao reconhecimento da arbitrariedade e do uso da agressão física como nefastas ao exercício pedagógico. Entretanto, essa prática de machucar o outro como forma de educar, de mostrar insatisfação e raiva permanece viva no imaginário, nas práticas e nas relações sociais de muitas culturas, inclusive no Brasil. Algumas pesquisas são citadas a seguir para se evidenciar tanto a persistência do fenômeno como pistas para avançar na proteção integral das crianças e dos jovens.

O abuso físico nas relações familiares

O aprendizado inicial de uma criança se dá na família, microcosmo da sociedade, em que, ao mesmo tempo, se vivem as relações primárias, se constroem os processos identificatórios, se definem papéis sociais de gênero, cultura de classe e se reproduzem as bases

do poder. A família é também o *locus* da política, misturada no cotidiano das pessoas, nas discussões dos filhos com os pais e nas decisões sobre o futuro. É um espaço de afeto e também de expressão de conflitos e contradições (MINAYO *et al.*, 1999).

Uma investigação domiciliar feita com adolescentes, moradores da cidade do Rio de Janeiro, mostrou que 17% deles foram castigados com tapas pelos pais no ano anterior à pesquisa; cerca de 9% foram chutados, mordidos ou esmurrados; 3% espancados e 1,5% agredido com armas. No total, 14,5% dos adolescentes dos estratos sociais elevados e 16,3% dos estratos populares disseram que sofreram violência severa dos pais, entendendo-se violência severa como o ato de chutar, morder, dar murros, bater ou tentar bater com objetos, espancar, ameaçar ou realmente usar armas de fogo (STRAUS, 1980). Estudo internacional utilizando o mesmo instrumento para aferir violência, numa versão em que as mães são as entrevistadas, mostrou que 4% dos pais chilenos e americanos praticam violência severa contra os filhos; 21% dos pais filipinos, 26% dos egípcios e 36% dos indianos (KRUG *et al.*, 2002).

No trabalho realizado no Brasil, os mesmos autores verificaram não haver diferença na prevalência de violência entre estratos sociais e etnia. Pelo contrário, os grupos apresentam percentuais similares na maioria dos casos, embora as formas de descrever e representar a agressão costumam ser diferenciadas segundo o grupo social.

50

Vêm crescendo substancialmente no País estudos sobre a questão dos maus-tratos, com destaque especial para o abuso físico. Um trabalho que avaliou a bibliografia brasileira sobre violência e saúde da década de 90 constatou a variedade de enfoques que o tema vem suscitando. Além de médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, profissionais mais engajados no problema, surgem hoje questionamentos de nutricionistas, odontólogos e fonoaudiólogos, cada disciplina trazendo novas contribuições (ASSIS; CONSTANTINO, 2003).

O abuso físico tem algumas características clínicas estabelecidas, mais comuns de serem verificadas em crianças pequenas. São freqüentes e tendem a ser repetidas e constantes nas vítimas lesões com marcas específicas do instrumento da agressão, a exemplo de cintos, fivelas, dedos, dentes, cordas e outros. Equimoses e hematomas costumam ser encontrados nas regiões periorbitárias, troncos, nádegas e coxas. Queimaduras de 2.º e 3.º grau, cometidas principalmente por imersão, também são comuns e acontecem principalmente no períneo, nádegas, mãos e pés. Os traumatismos privilegiam a cabeça e o abdome. Fraturas são freqüentes, podendo ser únicas, múltiplas, antigas ou recentes, com diferentes tempos de consolidação (PIRES, [20- -?]; SBP, 2000).

Quando a vítima é adolescente, crescem as agressões mais graves, intensas e menos regulares como as apresentadas anteriormente. Por já ter mais condição de reagir, ele tende a impedir as repetições dos castigos corporais. No entanto, os jovens são mais vulneráveis a ações severas e traumáticas, inclusive costumam ser mais alvo de armas de fogo, o que, na maioria das vezes, provoca morte ou graves conseqüências físicas.

O abuso físico atinge diferentemente meninos e meninas. Magalhães (1995), investigando 38 crianças entre 1 ano e meio e 7 anos de uma creche na zona oeste de São Paulo, gravou 266 sessões de conversas e observou 395 episódios agressivos. Constatou que os garotos iniciam incidentes físicos com maior frequência que as garotas, não havendo diferenças quanto à idade; eles também respondem mais com contra-ataques. Os adultos interferem com maior frequência nos conflitos provocados pelos meninos, indicando uma forte influência cultural nas diferenciadas formas de agir.

Em pesquisa recente realizada em escolas públicas do Município de São Gonçalo – RJ, constatou-se que a experiência de sofrer ou impingir abusos físicos é recorrente entre os estudantes. Frequentemente são vítimas de seus pais, evidenciando-se que a prática de bater e apanhar continua sendo uma forma habitual de resolução de conflitos nas famílias. Um total de 27,7% dos cerca de 1.600 adolescentes entrevistados informaram sofrer abuso físico severo da mãe e 16,7% do pai. O fato da mãe bater mais que o pai se deve, sem dúvida, ao fato dela estar mais presente com os filhos e dedicar mais tempo e energia a sua educação, para a qual o abuso físico continua sendo um método pedagógico. As agressões incluem chutes, murros ou mordidas, bater com objetos, espancar, queimar alguma parte do corpo, ameaçar ou efetivamente usar armas contra o adolescente. A agressão física menos severa, fortemente naturalizada na cultura brasileira, foi relatada por 53,9% dos alunos quando praticada pela mãe; e por 34,5% quando provocada pelo pai. Estão incluídos nesse abuso “dito menor” atitudes como jogar coisas sobre o adolescente, empurrar ou agarrá-lo e dar tapa ou bofetada e beliscar (ASSIS; AVANCI, 2004).

Os jovens enumeraram os instrumentos que lhes provocam dores ou lesões físicas quando apanham de suas mães: mão, chinelo, sandália, tamanco, cinto, vassoura e vara de goiabeira. Mas eles, na maioria das vezes, justificam o abuso. Explicam-no pelo estresse do trabalho dos pais, pelo nervosismo; por sua própria falta de limites e rebeldia; pelo não cumprimento de tarefas domésticas e pelo mau desempenho escolar, principalmente. Os adolescentes chegam a dizer que merecem apanhar, que não sentem dor quando são batidos, que os pais têm o direito de bater e que a criança tem que apanhar por fazer coisa errada. Essa atitude de conformidade reafirma a aceitação social da violência quando ela tem, como desculpa, ainda hoje, finalidade educativa. Mesmo no caso de relatarem abuso físico mais severo, cometido por seus pais, os jovens tendem a diminuir a gravidade da situação. Queixas menos justificadas surgem quando a agressão se associa ao abuso de bebida alcoólica e de drogas, por parte dos genitores (ASSIS; AVANCI, 2004).

A angústia expressa por adolescentes vítimas de abuso físico que participaram da referida pesquisa significa que eles convivem cotidianamente com sentimentos de raiva, ambivalência do afeto e do ódio que sentem pelos familiares e a aceitação do fato de que as dores que sentiram foram merecidas, ao reconhecerem que a agressão por eles sofrida esteve respaldada no amor e na necessidade cultural de educá-los. É o aprendizado da violência e da vida acontecendo simultaneamente para essas crianças e adolescentes. E, no entanto, hoje é de domínio público que a violência intrafamiliar potencializa a violência social.

Igualmente comum é a prática da violência física entre irmãos, entre crianças e jovens de várias uniões e entre eles e seus pais, padrastos e madrastas. Na pesquisa realizada em escolas de São Gonçalo – RJ, a violência física entre irmãos foi mencionada por 75,5% dos estudantes e entre eles e outras pessoas da família, por 41,1% deles. Brigas entre irmãos oscilam de tapas a abusos severos, incluindo a utilização de armas brancas e de fogo com o objetivo de ferir e machucar. Os motivos alegados são vários, indo da apropriação dos objetos de uns pelos outros até a total incompatibilidade de temperamentos e idéias. Assim, se constata que a agressão entre irmãos é ainda mais naturalizada que o abuso praticado pelos pais. Também é utilizada como instrumento de poder, especialmente entre irmãos do sexo masculino, que fazem questão de se impor pela força e pela agressividade. A intervenção paterna sobre as agressões entre os filhos, ocasionalmente, é também resolvida pela via da violência.

No Brasil, o debate sobre o enfrentamento do abuso físico intrafamiliar tem avançado, notando-se uma tendência de responsabilização da família frente aos maus-tratos, em detrimento da mera culpabilização. Adolescentes vítimas de abuso físico intrafamiliar indicam alguns fatores que potencializam a agressão: descontrole emocional, falta de responsabilidade, sentimentos de culpa, drogas, falta de diálogo, ausência física, moral ou simbólica dos pais, dificuldades da transição da infância para a adolescência, ausência de rede de apoio à família e reflexo da violência na comunidade. Os jovens pesquisados de alguma forma reivindicam apoio emocional, estabelecimento de práticas disciplinares e a realização de atividades que envolvam toda a família e pessoas ou rede social nos quais possam buscar apoio (DE ANTONI, 2000).

52

O questionamento sobre a naturalização pela cultura da violência física também tem evoluído, colocando-se em cheque a prática do “bater” como forma justificada de disciplina. Nesse sentido, importante campanha nacional foi desenvolvida pelo Laboratório de Estudos da Criança do Hospital das Clínicas da USP (Lacri), intitulada “palmada deseduca”, vem contribuindo para colocar na pauta pública o debate sobre a questão.

Azevedo e Guerra (2001) discutem o quão é arraigada na família brasileira a mania de bater em crianças. Segundo as autoras, é possível discernir, embora com nuances tão sutis, a noção de disciplina e castigo. A primeira indicaria o uso da agressão física por parte de pais ou responsáveis com intuito de ensinar, existindo aí uma concepção preventiva a novos erros; a segunda tem como origem a idéia de punição por erros e falhas cometidos.

Um estudo que aferiu as diferentes concepções de agressões físicas concebidas por mães de crianças e adolescentes mostra que elas oscilam entre desumanas, expiatórias e educativas (TACLA, 1999). A primeira se refere aos atos inaceitáveis como espancamento, estupro, infanticídio, prostituição e mendicância. A segunda engloba atos que, embora inaceitáveis, são explicados como fruto de estado emocional como nervosismo, circunstâncias sociais como desemprego ou conflitos conjugais. A agressão educativa é aceita culturalmente. Certamente que os limites da punição pedagógica são variados segundo grupos culturais, dificultando o enfrentamento do problema e permitindo sua perpetuação (CENTEVILLE *et al.*, 1997; FIGUEIREDO, 2000; ASSIS; AVANCI, 2004).

A naturalização da violência física e dos abusos pode ser modificada por meio de ações educativas que proponham outros métodos. Ribeiro (1990), profissional de enfermagem que acompanhou e apoiou por meio de visitas domiciliares a família de uma criança maltratada, constatou, a partir de orientações e diálogo, a modificação na definição de maus-tratos por parte da família e a melhora na compreensão do problema e na capacidade de interação por meios persuasivos. No mesmo sentido, pesquisa de Scherman *et al.* (1996) que avaliou programas de prevenção à violência com melhores resultados, nas últimas décadas nos EUA, destaca que os mais eficazes são os que investem na educação de pais, incluindo nas intervenções visitas familiares, sobretudo no caso das famílias terem crianças na primeira infância.

O abuso físico na escola

Há poucos estudos sobre o tema no País, mas são suficientes para indicar a prática da violência física nas escolas brasileiras. Uma pesquisa realizada em São Paulo, em 1999, com 710 estudantes, mostrou que cerca de 70% já foram vítimas, nos colégios, de furto de pequenos objetos ou quantias, de ameaças de agressão e da destruição proposital de seus pertences. Cerca de 16% afirmaram ter deixado de ir à escola por se sentirem inseguros. A moradia em comunidade onde existe elevada criminalidade contribui para incrementar o grau de insegurança. O autor ressaltou que esses atos de agressão geralmente não são tratados pela escola como problema dela, o que afeta as relações entre todos na instituição e, também, o rendimento escolar dos alunos (KAHN, 2001).

Outra pesquisa, de âmbito domiciliar, feita com 914 adolescentes, moradores da cidade do Rio de Janeiro (MINAYO *et al.*, 1999), revelou que agressões físicas foram mencionadas por 28,2% dos estudantes dos estratos sociais mais altos e 23,3% dos estratos mais baixos. Um inquérito realizado em dez capitais brasileiras ressaltou que 6% de jovens entre 16 e 24 anos sofreram agressão física na escola, e 5% disseram sentir necessidade de andar armado no colégio, como forma de se proteger (CARDIA, 1999).

Em síntese, embora os diferentes dados das pesquisas sejam discrepantes, não permitindo criar uma visão nacional das ocorrências, seja pelo universo que abrangeram, seja pelas definições das categorias com que trabalharam, é evidente que, no mundo das instituições principais de socialização, a escola e a família, continua a existir, em pleno século XXI, a prática da violência, dos abusos e maus-tratos físicos às crianças e aos adolescentes. Muitas vezes, a violência na escola aparece associadamente aos abusos físicos cometidos no interior dos lares. Pesquisa de Meneghel (1996) buscou conhecer a associação entre violência física praticada por adolescentes na escola e ser vítima de violência familiar. Entrevistando escolares com e sem diagnóstico de agressividade nos colégios, constatou-se que os agredidos fisicamente em casa correm quatro vezes mais risco de serem diagnosticados como agressivos na escola.

A violência na escola também vem sendo estudada por meio de pesquisas sobre *bullying*, referindo-se ao comportamento de crianças e adolescentes prepotentes e agressivos que,

além de praticarem agressões físicas contra colegas, também os humilham, aterrorizam ou agridem sexualmente (www.bullying.com.br, 2004).

Do ponto de vista da mudança cultural, iniciativas vêm sendo realizadas no Brasil valorizando a escola como promotora de cultura da paz. Neste livro, o texto de Feizi Milani trata do assunto. A escola passa a atuar dentro de uma filosofia de promoção do desenvolvimento humano de crianças e adolescentes, de uma pedagogia do diálogo e da argumentação, minimizando a vulnerabilidade às agressões físicas e emocionais.

Algumas propostas do governo federal, visando à superação da violência nas escolas também vêm sendo implantadas, tais como “Se Liga Galera”, “Projeto Paz nas Escolas”, “Sou da Paz” (KAHN, 2001). Igualmente, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) lançou o programa “Escolas de Paz”, oferecendo, em parceria com outras instituições, a jovens de escolas situadas em regiões de elevada vulnerabilidade social, oportunidades de acesso à cultura, ao esporte, à arte e ao lazer. Esse programa utiliza como estratégia, a proposta de abertura de escolas nos finais de semana, congregando escola, comunidade e famílias (ABRAMOVAY, 2001)³.

Uma avaliação dos programas de prevenção à violência existentes nas escolas norte-americanas nas últimas décadas (no Brasil, está em curso uma pesquisa apoiada pelo Unicef, realizada pelo Centro de Referência às Vítimas de Violência Doméstica, destinada a identificar rotinas de notificação de violência contra crianças nas escolas municipais e estaduais) mostra bons resultados, principalmente quanto à melhoria do rendimento acadêmico e ao crescimento moral dos adolescentes. O perfil dos bons programas de prevenção da violência entre jovens evidencia que os mais eficazes são: (a) os que se voltam para aumentar a capacidade da escola se abrir à sociedade, iniciar e sustentar transformações internas e na comunidade ao redor; (b) os que envolvem a família e a comunidade de forma participativa na gestão escolar; (c) os que são direcionados à melhoria de relacionamento entre alunos, tendo como base a ética e a cidadania; (d) os que são fundamentados em aprendizado de limites, resolução de conflitos, aumento da competência escolar e social e modificação de comportamentos; (e) os que valorizam e capacitam educadores para a lidar com o diálogo, a argumentação e a tolerância; (f) os que apóiam tais práticas desde a educação pré-escolar (SCHERMAN *et al.*, 1996).

A violência física e a comunidade

A questão da violência na comunidade de convivência, anteriormente relegada ao escopo da segurança pública, hoje, invade os lares brasileiros por meio da mídia e do aprisionamento domiciliar que a população vem vivenciando, em resposta à insegurança do espaço comunitário. Autores têm mostrado a associação entre violência urbana e violência na família, na escola e nas comunidades. O número de situações consideradas de risco cresce exponencialmente à medida que crianças se desenvolvem em situação de guerra ou conflitos urbanos. Da mesma forma, se elevam os problemas de estresse pós-traumá-

³ www.escolasdepaz.com.br.

tico e os problemas de saúde e comportamento que oscilam da depressão, dos distúrbios de aprendizagem até aos comportamentos anti-sociais (GARBARINO *et al.*, 1992; SALOMON, 2001).

Um estudo procurou investigar a proximidade de estudantes de duas cidades brasileiras com diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social, Rio de Janeiro e Bragança Paulista, com a violência física existente em suas comunidades (MARQUES; FAHLBERG, 1999). As autoras verificaram, dentre os 608 alunos estudantes pesquisados, de escolas públicas e particulares do Rio de Janeiro, na faixa de 12 a 17 anos, que 91,1% deles já haviam visto corpos de pessoas mortas nas ruas, percentuais que equivalem aos observados entre estudantes de países em situação de guerra, como Angola. Os adolescentes de Bragança Paulista mostraram cifras comparáveis às dos bairros de alto risco em Nova Orleans, Estados Unidos da América (37,2%). Cerca de 33,6% dos adolescentes cariocas presenciaram assassinatos em suas comunidades, percentuais similares aos dos sobreviventes da guerra em Moçambique; 16,8% dos adolescentes de Bragança Paulista também relataram essa experiência.

Outro estudo realizado em dez capitais brasileiras mostrou que 12% dos jovens entre 16 e 24 anos de idade foram agredidos fisicamente com tapas, socos, pontapés e outras formas de agressão física em suas comunidades. Nove por cento deles disseram sentir necessidade de andar armados para se defender (CARDIA, 1999).

Sabe-se que violência gera mais violência, o que leva a considerar como mais vulneráveis crianças e adolescentes que crescem em ambientes perigosos. Uma interessante constatação foi feita a partir da pesquisa com jovens de São Gonçalo: os que sofrem maus-tratos familiares do tipo físico severo, psicológico e sexual são 3,2 vezes mais transgressores das normas sociais; 3,8 vezes mais vítimas de violência na comunidade e 3 vezes mais alvos de violência na escola do que os que têm um ambiente familiar mais solidário e saudável (ASSIS *et al.*, 2004 no prelo). Ou seja, são muitas as confirmações de que a violência intra-familiar potencializa a prática da violência social, pois sua dinâmica alimenta um padrão de convivência com a agressão física e de resposta a ela.

Referências bibliográficas

ABRAMOVAY, M. *Escolas de paz*. Brasília: Unesco; Governo do Estado do Rio de Janeiro; Secretaria de Estado de Educação; Universidade do Rio de Janeiro, 2001.

ARIÈS, P. *História da criança e da família*. São Paulo: LTC, 1981.

ASSIS, S. G. et al. Violência e representação social na adolescência. *Revista Pan-Americana de Salud Pública*. 2004. [No prelo].

_____; 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.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. *Mania de bater: a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil*. São Paulo: Ed. Iglu, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*: Portaria MS/GM n.º 737, de 16 de maio de 2001, publicada no DOU n. 96, Seção 1E, de 18 maio 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série E. Legislação de Saúde, n. 8).

CARDIA, N. *Pesquisa sobre atitudes: normas culturais e valores em relação à violência em 10 capitais brasileiras*. Brasília: Ministério da Justiça; Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, 1999.

CENTEVILLE, M. Incidência e tipos mais freqüentes de castigos aplicados pelos pais ou responsáveis a escolares da cidade de Campinas. *Pediatria Moderna*, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 99-105, 1997.

DE ANTONI, C.; KOLLER, S. H. Vulnerabilidade e resiliência familiar: um estudo com adolescentes que sofreram maus-tratos intrafamiliares. *Psico*, v. 31, n. 1, p. 39-66, 2000.

FIGUEIREDO, K. D. *Representações sociais de violência: a visão da criança e do adolescente*. Dissertação (Mestrado)– Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

56

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. *Nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977a.

_____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1977.

GARBARINO, J. et al. *Child in danger. Coping with violent community*. San Francisco: Jossey; Bass Publishers, 1992.

KAHN, T. Paz nas escolas. *Revista do Ilanud*, v. 18, p. 19-48, 2001.

MAGALHÃES, C. M. C. *Agressão, aliança e reconciliação em crianças pré-escolares*. Tese (Doutorado)– Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

MARQUES, M. A. B.; FAHLBERG, V. R. Comparação entre a experiência de violência urbana de adolescentes no Rio de Janeiro e em Bragança Paulista. *Revista Horizontes*, v. 17, p. 79-102, 1999.

MENEGHEL, S. N. *Famílias em pedaços: um estudo sobre violência doméstica e agressividade na adolescência*. Tese (Doutorado)– Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1996.

MINAYO, M. C. S. et al. *Fala galera: juventude, violência e cidadania na Cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Garammond, 1999.

PIRES, J. M. Violência na infância: aspectos clínicos. In: *Violência doméstica*. Porto Alegre: Assembléia Legislativa; Ministério Público; Unisinos; Santa Casa, [20- ?]. p. 61-70.

PROGRAMA de Redução do Comportamento Agressivo entre Estudantes. 2004. Disponível em: <<http://www.bullying.com.br>> .

PROGRAMA Escola de Paz. 2004. Disponível em: <<http://www.escoladepaz.com.br>> .

REDIN, E. Educação básica infantil: aproximações e pistas. In: STREECK, D. (Org.). *Educação básica e o básico da educação*. Porto Alegre: Sulina; Unisinos, 1996.

RIBEIRO, I. M. *Interação: a enfermagem assistindo a família da criança maltratada*. Dissertação (Mestrado)– Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.

SALOMON, Z. Situação da criança e do adolescente em Israel: crescendo em ambientes violentos: vulnerabilidade e resiliência. In: WESTPHAL, M. *Violência e criança*. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 2002. p. 73-99.

SCHERMAN, L. W. et al. *Prevention crime: what works, what doesn't, what's promising: a report to the United States Congress*. Washington, DC: National Institute of Justice, 1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). *Guia de atuação frente a maus tratos na infância e na adolescência: orientação para pediatras e demais profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: SBP, 2000.

STRAUS, M. A. Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and Family*, v. 41, n. 1, p. 75-86, 1979.

TACLA, C. *Representações sociais da agressão física familiar contra crianças e adolescentes no município de Embu, São Paulo*. Dissertação (Mestrado)– Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1999.



CAPÍTULO V

Abuso Psicológico e Desenvolvimento Infantil

Simone Gonçalves de Assis¹
Joviana Quintes Avanci²

Introdução

Abuso ou violência psicológica representa uma situação em que uma criança ou um adolescente é desqualificado em suas capacidades, potencialidades, desejos e emoções, ou cobrado excessivamente por pessoa significativa durante o período de crescimento e desenvolvimento (PITZNER; DRUMMOND, 1997). Na família, pais praticam esse tipo de abuso com frequência, muitas vezes criando um clima familiar desrespeitoso, que tende a se estabelecer como mecanismo de resolução de problemas familiares. Nesse processo, engendram-se formas negativas de relacionamento interpessoal que se manifestam também na vida escolar e comunitária dos filhos.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001) destaca pela primeira vez, em âmbito nacional, a importância do diagnóstico e da notificação da violência psicológica, pouco valorizada no País. Considera esse problema como sinônimo de maus-tratos psicológicos, definindo-o da seguinte forma: “*agressões verbais ou gestuais, com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou ainda isolá-la do convívio social*” (p. 51).

A importância de se diagnosticar, prevenir e compreender as consequências da violência psicológica está no fato de que impede significativamente o desenvolvimento psicossocial da criança ou do adolescente. Afeta o desenvolvimento da auto-estima, do autoconceito, da competência social e da capacidade da criança e do adolescente estabelecer relações interpessoais. A convivência com esse tipo de maltrato dificulta a criação de um ego, “*firme e flexível o bastante para conciliar as contradições da organização humana, para integrar as diferenças individuais e emergir da infância com um senso de identidade e integridade*” (GARBARINO et al., 1986, p. 7).

Um dos maiores pesquisadores desse tipo de violência é James Garbarino que publicou um livro junto com alguns colaboradores, tornando-se um marco na área: *The Psychologically Battered Child*. Violência psicológica está definida neste trabalho como a agressão de um adulto sobre o desenvolvimento do eu e da competência social de uma criança ou de um adolescente, configurando um comportamento psicologicamente destrutivo. São apresentadas cinco formas distintas de abuso: (a) *rejeitar*: o adulto se recusa a reconhecer o valor e a legitimidade das necessidades infantis; (b) *isolar*: o adulto exclui a criança de experiências normais, a impede de estabelecer amizades e a faz acreditar que está só no mun-

¹ Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e do Centro Latino-Americano de Estudos Sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves) da Fiocruz.

² Pesquisadora do Claves, mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fiocruz.

do; (c) *aterrorizar*: o adulto agride verbalmente a criança, cria um clima de medo, humilha e amedronta a criança e a faz acreditar que o mundo é imprevisível e hostil; (d) *ignorar*: o adulto nega estímulo e responsabilidade para com a criança, reprimindo seu crescimento emocional e desenvolvimento intelectual; (e) *corromper*: o adulto socializa erroneamente a criança, estimulando-a a se engajar em comportamento anti-social destrutivo, reforçando o desvio das normas sociais e a fazendo adotar atitudes impróprias para a vida social (GARBARINO *et al.*, 1986, p. 8).

Esses autores apresentam várias situações em que se pode identificar famílias abusivas psicologicamente. Destacam ser necessário observar as características familiares e do meio em que vivem, além de peculiaridades próprias dos membros que a constituem. É preciso ainda atentar para as relações estabelecidas entre as pessoas e sua forma de comunicação.

(1) Famílias que cometem abuso psicológico tendem a se manter mais afastadas de outras instituições sociais (por vezes, famílias abusivas são afastadas do convívio social pela sua própria forma desrespeitosa de se relacionar em sociedade). Estão presentes em todas as classes sociais.

(2) Famílias que praticam maltrato psicológico conseguem viver mais isoladamente em comunidades onde não existe senso de identidade e coletividade. Quando a essa situação se acrescenta pobreza, desemprego, crime, ausência de serviços sociais (especialmente de saúde e educação) e moradias com precária estrutura e espaço físico, o abuso tem ainda maior probabilidade de ocorrer.

(3) Famílias em que os membros não se respeitam e consideram qualquer forma de contato aversiva. Os conflitos entre pais costumam estar aumentados pelas situações de severo estresse. O sentido de unidade familiar costuma estar aniquilado. O abuso psicológico costuma estar associado a outras formas de violência.

(4) Famílias em que os pais costumam ter insuficiente conhecimento sobre desenvolvimento infantil para lidar com as necessidades e os comportamentos dos filhos. Podem ter expectativas exageradas sobre a performance da criança e maltratá-la quando ela falha em responder as expectativas. Ou então, podem não compreender a importância da supervisão para o desenvolvimento infantil.

(5) São ainda famílias em que os pais costumam dar respostas inapropriadas e parciais às necessidades da criança, seja instituindo demandas excessivas, infantilizando, corrompendo ou demonstrando falta de respeito e aplicando medidas disciplinadoras inconsistentes. À medida que os pais dão respostas destrutivas às necessidades dos filhos, praticam o abuso psicológico e estimulam o aprendizado dessa forma de relacionamento.

(6) Pais que praticam maus-tratos psicológicos comumente foram também maltratados na infância e muitos usam substâncias para aliviar suas angústias. Tendem também a interagir de forma estressante em vários ambientes, mostrando aos filhos formas de interação humanas problemáticas e conflitivas.

Existem ainda pouca informação e estatísticas sobre esse tipo de violência. Nos EUA, constatou-se que existem 2,2 crianças em cada 1.000 sofrendo abuso emocional com agressão verbal, ameaças e confinamento (GARBARINO *et al.*, 1986). Um outro estudo realizado com escolares chilenos mostrou a elevada freqüência de agressão sofrida pelos adolescentes, especialmente decorrentes de gritos, castigos e insultos. Lares com agressões verbais do pai foram mencionados por 46% dos alunos em uma pesquisa nacional; agressão verbal da mãe foi ainda mais freqüente: 63% dos estudantes (LARRAÍN *et al.*, 1994).

A dimensão do problema no País

A despeito do conhecimento teórico sobre violência psicológica contra a criança e o adolescente ter sido produzido em meados da década de 80, ele ainda é pouco reconhecido como violência pela sociedade brasileira. Também ocupa muito pouco espaço na área da pesquisa sobre violência e não constitui posição de destaque no atendimento oferecido pelos serviços de proteção à criança e ao adolescente no Brasil.

Apenas, recentemente, o setor Saúde no País tem despertado sua atenção para o abuso psicológico. Resultado do atendimento de oito instituições do Estado de São Paulo, de 1989 a 1992, mostra que 8,5% das denúncias foram exclusivamente de abuso emocional, estando freqüentemente associado a outros tipos de abuso (DESLANDES, 1994).

Levantamento efetuado em todas as delegacias policiais do Município do Rio de Janeiro, no ano de 1990, comprovou que essa violência não era considerada importante nem registrada pelos policiais responsáveis pela segurança pública. Não se encontrou nem um registro de abuso emocional entre as notificações relativas a 8.000 crianças e adolescentes vítimas de múltiplas formas de violência nessa cidade, naquele ano (ASSIS; SOUZA, 1995).

Considerando-se o total das notificações de maus-tratos recebido pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, nos anos de 1998 e 1999, observa-se que foram informados os casos de apenas três crianças vítimas dessa forma de violência no biênio investigado, num total de 163 notificações avaliadas na investigação. Todavia, outras 20 notificações destacaram a existência desse tipo de abuso, associado a outras formas de violência, especialmente à negligência. Nesse trabalho, fica explícita a resistência dos profissionais de saúde e dos conselhos tutelares em lidarem com os maus-tratos psicológicos pela difícil detecção e pela percepção de que ele “*marca muito mais a criança que o mau-trato físico, que marca a pele...*” (SILVA, 2001, p. 56).

Uma pesquisa efetuada com 1.328 estudantes de escolas públicas e particulares de Duque de Caxias – RJ, em 1991, mostrou que 64% dos adolescentes estudantes relataram agressões verbais, com insultos e xingamentos de seus irmãos, 21,6% do pai e 32% da mãe. Ameaças de agressão nos momentos de conflitos com os irmãos ocorrem em 60% dos adolescentes, 22% quando a briga é com o pai e 25% com a mãe (ASSIS, 1992).

Outra investigação, realizada por meio de pesquisa domiciliar com jovens moradores da cidade do Rio de Janeiro, no ano de 1999, mostrou que a agressão verbal dos familiares

em relação aos jovens é comum nos momentos de conflitos e discussões (73% dos jovens), independentemente de classe social (MINAYO *et al.*, 1999).

Nessa investigação, que também aplicou uma abordagem qualitativa, constatou-se que embora não se verifiquem diferenças quanto à frequência de violência psicológica segundo estratos sociais, os jovens dos estratos populares explicitam mais os conflitos no ambiente doméstico como forma de relacionamento e socialização. Entre jovens de estratos altos e médios, constataram-se formas de expressão diferenciadas, sendo mais comum o isolamento, o descaso e o distanciamento dos pais em relação aos problemas dos filhos. As falas apresentadas a seguir, de dois adolescentes de classe média, ilustram o mesmo sentimento de solidão evidenciado por uma menina que se queixou do total desinteresse paterno sobre seu desempenho escolar. É o caso também de outro garoto, cujos trajés desleixados e a falta de asseio mostraram à escola a ausência dos pais por vários meses e o precário cuidado que recebia por parte de empregados.

A minha mãe está morando em Fortaleza, eu estou sozinho com um amigo meu; quando sinto um problema assim meio... aí quando eu estou assim, eu perco o ar, tenho de ficar dentro de mim mesmo, deito no chão da minha academia, converso com os amigos, treino prá tentar esquecer. ‘Tentar esquecer. Prá tentar esquecer’ (aluno em grupo de jiu-jitsu; MINAYO *et al.*, 1999, p. 99).

62

Aí eles [pai e madrasta] estavam quase se separando. Eles resolveram montar um apartamentinho pra eles e dar um apartamento pra mim e um meu irmão. [...] Eu estou achando muito difícil morar sozinha. É ótimo, no fim de semana é maravilhoso, você enche sua casa de amigo. Faz aquela zona. E não tem controle de horário. [...] Mas durante a semana... eu passo a semana deprimida... de ficar sozinha, de acordar sozinha, dormir sozinha também... (aluna de escola particular; MINAYO *et al.*, 1999, p.100).

Acompanhando as informações extraídas das poucas pesquisas existentes, cita-se também uma outra investigação em que o abuso psicológico de crianças e adolescentes é investigado. A pesquisa foi realizada com 1.685 estudantes de escolas públicas e particulares do Município de São Gonçalo – RJ em 2002: 48% dos adolescentes relataram sofrer violência psicológica de pessoas que consideraram significativas em suas vidas. Extrapolando-se esses dados para a população estudantil do município, obtêm-se a informação de que 25.458 alunos vivenciam cotidianamente um clima emocional tenso em seus lares, onde são humilhados, criticados, desvalorizados ou cobrados excessivamente. Esse estudo também constatou que sofrer violência psicológica na família está associado com ser vítima de violência na comunidade e na escola, repetindo um ciclo de violência e vitimização (ASSIS; AVANCI, 2004).

Embora os estudos apresentados acima utilizem diferentes formas de diagnosticar a violência psicológica – principal razão de existirem prevalências tão díspares –, eles indicam a recorrência de relacionamentos emocionalmente abusivos durante os anos de formação da identidade infantil. Sérias conseqüências podem surgir dessa situação.

Uma forma de violência psicológica precariamente estudada no País é a que acomete crianças e adolescentes em fase de desenvolvimento da sexualidade. A cultura machista

torna alvo fácil de pressão psicológica os indivíduos que denotam orientações sexuais distintas das sancionadas socialmente. Este campo do conhecimento promete evolução nas próximas décadas.

Relações entre abuso psicológico e auto-estima

O livro *Labirintos de Espelhos: a Formação da Auto-Estima na Infância e Adolescência* (ASSIS; AVANCI, 2004) discute o processo de crescimento e desenvolvimento que ocorre sob várias circunstâncias danosas às crianças e aos adolescentes. Alguns dados desse livro são apresentados a seguir, destacando-se a importância do abuso psicológico³.

Mostrando que os relacionamentos familiares estão freqüentemente permeados pela agressão verbal, 69,5% dos jovens de elevada auto-estima e 83,5% dos de baixa auto-estima disseram que suas mães, no último ano, os xingaram, insultaram, negaram-se a conversar; afastaram-se, disseram coisas para irritá-los e ameaçaram jogar coisas, destruir, bater ou chutar objetos sobre eles. A mesma informação, em relação ao pai, apresentou percentuais um pouco mais baixos, 64,9% e 74,3%, respectivamente, talvez por causa do maior distanciamento da figura paterna.

A pesquisa evidenciou que adolescentes com baixa auto-estima sofreram violência psicológica severa de pessoa significativa quase duas vezes mais que os de elevada auto-estima. O diferencial é importante: 21,6% dos alunos com elevada auto-estima e 45% dos de baixa auto-estima sofreram violência psicológica severa por parte de pessoas significativas que os cuidam.

Alunos com auto-estima mais depreciativa se sentem: mais humilhados e diminuídos pelos adultos que dizem que eles não são bons, que os chamam de nomes desagradáveis ou que fazem piadas sobre eles; mais culpados pelas falhas cometidas pelos outros; mais criticados pela aparência, pelos amigos que possuem, pelas coisas que fizeram ou disseram e por adultos que reforçaram que estavam errados; mais cobrados pelos adultos, sendo forçados a assumirem muitas tarefas domésticas; mais desvalorizados pelos adultos que não demonstraram interesse por eles, ignorando-os quando precisavam de carinho; deixando de elogiá-los quando agiram corretamente, não estimulando-os para os desafios, gritando com eles sem motivos e não acreditando neles.

Esses achados encontram-se respaldados na literatura, pois a criança constrói o seu eu por meio de imagens e opiniões que os outros significativos lançam para ela e que são incorporadas a sua forma de ser desde a mais tenra infância. Dessa forma, as experiências vividas pela criança serão o molde para as opiniões que ela irá formando sobre si mesma e que embasarão os valores atribuídos a si mesma (HUEBNER, 1997). Quando essas experiências vêm acompanhadas de críticas excessivas, humilhações e depreciações, é mais provável que a criança tenha uma opinião e um valor de si coerentes com as vivências negativas.

³ Agressão verbal mensurada pela Escala Tática de Conflitos de Straus (1979). Violência psicológica aferida pela escala proposta por Pitzner & Drummond (1997). Auto-estima avaliada pela Escala de Auto-Estima de Rosenberg (1989).

As falas sobre violência psicológica se mostraram freqüentes durante as entrevistas individuais que foram feitas com diversos alunos, sendo difícil separá-las da agressão física, exceto quanto à significação comum que o abuso psicológico tem para os adolescentes:

Eu acho que agressão com palavras machuca mais, magoa mais do que um tapa. Você dá um tapa numa pessoa, passou a dor, acabou. Dali meia hora acabou. Agora você fala palavra que magoa uma pessoa, aquilo fica remoendo ali dentro. Vai remoendo, a pessoa não esquece nunca (menina de elevada auto-estima).

Sentir-se diminuído e desencorajado quanto à competência pessoal também fere de forma profunda e constante as crianças e os adolescentes. Ser chamado de estúpido pode deixar marcas que são levadas para toda a vida, especialmente por jovens com baixa auto-estima, que valorizam e dependem muito da opinião alheia: “meu tio ficou me chamando de burro, que eu não sirvo para nada”. Em vários momentos da entrevista, esse jovem retomou a expressão burro, deixando antever que o estigma conferido pelo tio é carregado pelo adolescente até hoje.

Outra forma de violência psicológica destacada como muito dolorosa por alguns jovens é a de pais que descarregam suas angústias questionando o nascimento do filho ou sua importância na família. “Meu pai falou: ‘por mim eu não teria nem filho. Depois de crescido já pode ir embora’” (adolescente de moderada auto-estima).

64

Sem dúvida, as relações familiares ou no entorno do jovem são constituídas psicologicamente por uma verdadeira rede de tensões normais e, por vezes, de atritos anormais. A imagem que a criança vai formando da vida é, na sua essência, um desenvolvimento das experiências a que ela é sujeita no seu círculo mais próximo, o familiar. Se ali prevalece a harmonia, isso vai ajudá-la a integrar as suas orientações e a guiar os seus afetos. Se, ao contrário, imperar atitudes desrespeitosas e pouco afetuosas, influenciará severamente a sua atitude consigo mesma e com o mundo.

Abuso psicológico e escola

As escolas contribuem para a ocorrência de abuso psicológico sobre crianças e adolescentes, ao admitirem a existência de relações conflituosas entre os alunos (*bullying*) e os tratamentos humilhantes e desrespeitosos entre o corpo discente e docente. Outra forma de violência – muito naturalizada – é a violência das precárias condições estruturais existentes nas escolas que, de forma simbólica, afeta a formação da identidade e auto-estima juvenil e sua capacidade de projeção do futuro.

O conceito de *bullying*, recentemente difundido no Brasil, é alvo de estudos internacionais há algumas décadas. Refere-se ao comportamento de crianças e adolescentes “*prepotentes e agressivos, tais como colocar apelidos, ofender, humilhar, discriminar, intimidar, perseguir, assediar, aterrorizar, agredir, roubar e quebrar pertences*” (www.bullying.com.br, 2004). Podem também ocasionar perda de interesse ou medo de freqüentar a escola.

Esse comportamento agressivo engloba ações diretas (agressão física ou sexual) e mais freqüentemente indiretas (agressões emocionais: impor apelidos, insultos, atitudes preconceituosas), que encobrem uma relação desigual de poder. Habitualmente ocorre sem motivação evidente, sendo de caráter intencional e repetido, provocando dor e angústia (LOPES NETO; SAAVEDRA, 2003). Costuma estar relacionado a abandono escolar e baixo rendimento escolar.

Algumas pesquisas indicam a proximidade da violência psicológica nas escolas brasileiras: 17% dos jovens entrevistados em dez capitais brasileiras se dizem humilhados dentro da escola por palavras de baixo calão (CARDIA, 1999). Outra pesquisa efetuada em 11 escolas do Rio de Janeiro, envolvendo 5.875 alunos de 5.^a a 8.^a séries do Ensino Fundamental, revela que 40,5% dos entrevistados informam a prática de *bullying* na escola, tal como definido anteriormente: 57,5% se referem como testemunha, 16,9% como vítimas e 12,7% como autores. Um total de 10,9% dos estudantes se percebe como vítima e autor dessa forma de violência (LOPES NETO; SAAVEDRA, 2003).

O aperfeiçoamento das atitudes interpessoais constitui um das tarefas mais importantes da educação infanto-juvenil. Todas as capacidades de um indivíduo, incluindo as morais, estão sujeitas a leis do desenvolvimento. Cabe a escola ajudar o seu aluno, passo a passo, guiando-o no seu desenvolvimento e não o moldando a qualquer imagem predeterminada.

Considerações finais

Muitas são as dificuldades encontradas por profissionais que tentam ajudar famílias em situação de abuso psicológico. Pela sua própria natureza, essas famílias tendem a resistir a tratamentos psicológicos e a contatos com instituições. Também na escola há dificuldade no estabelecimento de intervenções que modifiquem a cultura escolar desrespeitosa.

As estratégias de intervenção precisam ser pensadas em distintas áreas. É preciso investimento social e profissional para que se reduzam as fontes de estresse social que atingem a criança e o adolescente e sua família. Também é essencial atuar diretamente sobre os sujeitos envolvidos na dinâmica do abuso, além de buscar recursos comunitários que integrem esses indivíduos vitimados à sociedade mais ampliada.

Um estudo que avaliou programas sociais que se mostraram eficazes para a prevenção da violência mostra que atividades domiciliares realizadas com mães e crianças pequenas são as que dão mais resultado, a longo prazo (SCHERMAN *et al.*, 1996). Educação de pais, quanto ao desenvolvimento infantil, e estratégias de redução de conflitos se mostram cruciais para melhorar o ambiente relacional e reduzir a ocorrência de violência familiar.

Na escola, programas voltados para aumentar a capacidade da escola se abrir à sociedade, envolvendo família e comunidade de forma participativa na gestão escolar, se mostraram efetivos para a prevenção da violência na escola. Evidenciaram papel fundamental para a prevenção da violência os programas direcionados a melhoria de relacionamento

na escola, envolvendo alunos e professores que têm como base a ética e a cidadania, o aprendizado de limites e resolução de conflitos (SCHERMAN *et al.*, 1996).

Certamente que as formas de violência psicológica aqui apresentadas apenas tangenciam o universo relacional de muitas famílias e escolas que socializam crianças e adolescentes em ambientes marcados pelo desrespeito à individualidade de cada um. Pode-se perceber o abuso psicológico como importante potencializador da violência social. Pessoas que crescem em ambientes onde não há respeito à própria individualidade estão mais facilmente em situação de repetirem relações desrespeitosas na comunidade em que vivem.

Apenas quando a prevenção à violência psicológica se tornar uma realidade é que se poderá pensar em uma sociedade em que crianças se relacionem construtiva e respeitosamente com o meio em que vivem, estejam elas em suas próprias famílias, nos relacionamentos com colegas da escola e da localidade e com a sociedade.

Referências bibliográficas

ASSIS, S. G. *Violência, criança e comportamento: um estudo em grupos sociais distintos*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública; Centro Latino-Americano de Estudos Sobre Violência e Saúde Jorge Careli. Relatório final de pesquisa, 1992. Mimeo.

66

_____; AVANCI, J. Q. *Labirinto de espelhos: a formação da auto-estima na infância e adolescência*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

_____; SOUZA, E. R. Morbidade por violência em crianças e adolescentes no Município do Rio de Janeiro. *Jornal de Pediatria*, v. 71, n. 6, p. 303-313, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Portaria MS/GM n.º 737, de 16 de maio 2001. DOU n. 96, Seção 1E, de 18 de maio 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CARDIA, N. *Pesquisa sobre atitudes, normas culturais e valores em relação a violência em 10 capitais brasileiras*. Brasília: Ministério da Justiça; Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, 1999.

DESLANDES, S. F. *Prevenir e proteger: análise de um serviço de atenção à criança vítima de violência doméstica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; ENSP; Claves; OPS. Relatório final de pesquisa, 1994. Mimeo.

GARBARINO, J.; GUTTMAN E.; SEELEY, J. W. *The psychologically battered child*. San Francisco: Jossey Bass Publishers, 1986.

HUEBNER, E. S. Best practices in assessment and intervention with children with low self-esteem. In: *Best practices in school psychology*. [S.l.: A. Thomas; J. Grimes], 1997. p. 831-839.

LARRAIN, S.; VEGA, J. *Violencia en la familia: el maltrato al menor*. [Relatório de pesquisa]. Chile: Unicef, 1994.

LOPES NETO, A. A.; SAAVEDRA, L. H. *Diga não para o bullying*. Programa de Redução do Comportamento Agressivo entre Estudantes. Rio de Janeiro: Abrapia; Petrobrás, 2003.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. *Fala galera: juventude, violência e cidadania na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Garammond, 1999.

PITZNER, J. K.; DRUMMOND, P. D. The reliability and validity of empirically scaled measures of psychological/verbal control and physical/sexual abuse: relationship between current negative mood and a history of abuse independent of other negative life events. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 2, p. 125-142, 1997.

PROGRAMA de Redução do Comportamento Agressivo entre Estudantes, 2004. Disponível em: <<http://www.bullying.com.br>>.

ROSENBERG, M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press 1989.

SCHERMAN, L. W. et al. *Prevention crime: what works, what doesn't, what's promising: a report to the United States Congress*. Washington, DC: National Institute of Justice, 1997.

SILVA, K. H. *Construindo a cidadania de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: articulação entre os Conselhos Tutelares e a Rede Municipal de Saúde*. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança)– Rio de Janeiro: IFF; Fiocruz, 2001.

STRAUS, M. A., Measuring intrafamilial conflict and violence. The conflict tactics (CT) scales. *Journal of Marriage and the Family*, v. 41, p. 75-88, 1979.



CAPÍTULO VI

Violência Sexual: Conceituação e Atendimento¹

Dilma Felizardo²
Eliane Zürcher³
Keilla Melo⁴

Introdução

O presente capítulo tem a expectativa de subsidiar profissionais que se deparam com o problema da violência sexual nos serviços de saúde, tornando-os parceiros na busca de superação desse abuso. Para tal, são apresentadas considerações teórico-conceituais sobre o tema e oferecidas algumas sugestões para o atendimento. Estas reflexões, que podem contribuir para as estratégias de atenção, são fruto de uma pesquisa realizada pela organização não-governamental Casa Renascer⁵ de Natal no Rio Grande do Norte, tendo como campo empírico, o Programa SOS Criança de Natal. O estudo visou a investigar os casos de abuso sexual cometidos contra crianças e adolescentes de ambos os sexos, analisando as planilhas de notificação do SOS, do período de 1992 a 2000, ou seja, durante nove anos (FELIZARDO; ZÜRCHER; MELO, 2003; MELO, 2001).

A escolha para a pesquisa de campo ocorreu porque o SOS Criança de Natal é a porta de entrada para notificação de denúncias de violência contra crianças e adolescentes, especialmente da violência sexual. O abuso sexual foi selecionado por compreender uma das faces mais perversas da violência, praticada, não raro, por pessoa com quem a vítima mantém uma relação de proximidade e de confiança.

Ressalta-se que a discussão pública no Brasil em torno do tema abuso sexual de crianças e adolescentes começou no final dos anos 80 do século XX. É recente se comparada aos debates que vêm sendo realizados, por exemplo, desde a década de 70 nos EUA e desde o início dos anos 80 na Europa Central.

Em meados da década de 80, o tema abuso sexual intrafamiliar foi se tornando público no Brasil por meio de campanhas isoladas desenvolvidas por delegacias de mulheres e instituições de proteção à infância e à adolescência. No entanto, somente no fim da mesma década é que o fenômeno abuso sexual se tornou uma questão pública, evidenciada em pesquisas realizadas por feministas e especialistas na área de proteção infanto-juvenil, que

¹ Este artigo é baseado no livro intitulado: De medo e sombra – abuso sexual contra criança e adolescentes, publicado pela Casa Renascer, Natal – RN, em 2003.

² Psicóloga, especialista em Educação Sexual, doutoranda em Psicologia Social pela Universidade de Barcelona – Espanha e pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas (NEP) da Casa Renascer, Natal – RN.

³ Psicóloga, doutora em Psicologia Social pela Universidade de Munique, trabalha atualmente no Departamento de Psicossomática e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Munique.

⁴ Assistente social, mestra em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Atuou como assistente do Núcleo de Estudos e Pesquisas (NEP) da Casa Renascer.

⁵ Fundada em Natal – RN, em janeiro de 1991, com o objetivo de realizar atendimento sociopsicoeducativo a crianças e adolescentes do sexo feminino entre 7 e 18 anos, em situação de risco pessoal.

a tomaram como objeto de denúncia, mobilização para sua superação e de investigação. O problema em pauta começou a ser tratado no País concomitantemente à violência contra as mulheres e ao fenômeno das crianças em situação de rua.

Nos anos 90, apesar das investigações e das campanhas realizadas, o abuso sexual intra-familiar continuou a ser um tabu social. A resistência em abordar o tema continua presente. Percebe-se, ainda hoje, uma grande insegurança entre os especialistas e os militantes sociais no que se refere a um parâmetro comum de definição do abuso sexual infanto-juvenil. Essa indecisão vem da prática. É muito difícil demarcar o ponto exato em que um contato corporal afetivo (e necessário) entre uma criança e um adulto deixa de sê-lo para se tornar uma transgressão do tabu do incesto.

A temática vem sendo, no País e internacionalmente, examinada por meio de várias abordagens científicas e sob diferentes aspectos. A seguir são descritas as principais tentativas de definição, seus autores e as críticas reflexivas concernentes.

Desenvolvimento do conceito

Os pediatras americanos Kempe & Kempe (1984) usam duas definições de abuso sexual como ponto de partida, embora as considerem incompletas. Em seguida, tentam desenvolver sua própria teoria para o entendimento do fenômeno. Primeiramente, eles apresentam a seguinte definição de Mrazek & Mrazek: *“Abuso sexual infantil é o uso sexual de uma criança por uma pessoa adulta para a sua satisfação sexual sem levar em consideração o desenvolvimento psicossocial e social dessa criança”* (KEMPE; KEMPE, 1984, p. 9).

Segundo os autores, essa formulação é insuficiente, pois não circunscreve objetivamente o termo criança, embora essa determinação estivesse clara para Mrazek & Mrazek. A segunda definição, apresentada por Mrazek; Lynch e Bintorim, é a seguinte:

Entende-se por criança maltratada sexualmente: (1) toda criança cujas lesões sofridas tenham sido principalmente na área genital; (2) toda criança que tenha tido relação sexual ou outros contatos sexuais genitais com uma pessoa adulta; (3) toda criança que tenha se envolvido inadequadamente em ações sexuais com adultos, que não estejam classificadas nos pontos (1) e (2) (KEMPE; KEMPE, 1984, p. 9).

Em relação a essa última definição, Kempe & Kempe fazem a seguinte objeção: ela também negligencia o termo criança, por exemplo, no que diz respeito ao limite de idade. E consideram a palavra inadequada muito vaga. Assim eles entendem o abuso sexual intrafamiliar:

O uso de crianças e adolescentes, que são, segundo o seu desenvolvimento, ainda dependentes e imaturos, em relações sexuais, as quais elas, as crianças, não conseguem entender totalmente e também são incapazes de darem o seu consentimento consciente ou de violar tabus sociais em relação a papéis familiares (KEMPE; KEMPE, 1984, p. 9).

Nessa última conceituação, família não é subentendida apenas sob o ponto de vista da consangüinidade. São considerados abusadores sexuais: padrastos, madrastas, tios, tias, vizinhos de confiança da família.

A psicanalista suíça Wirtz (1990) critica, por sua vez, essa definição, pois considera que ela dá a entender a ocorrência de uma relação que depende das duas partes envolvidas. Para essa autora, numa relação sexual entre uma pessoa adulta e uma criança, essa última não tem, em hipótese alguma, condições de consentir. Ela também critica o posicionamento teórico do Centro Nacional de Maus-Tratos Infantis dos EUA que afirma ser o incesto um abuso sexual:

cometido contra uma criança por um membro do grupo familiar da mesma. Ele inclui não somente o ato sexual como também toda e qualquer ação, que tenha sempre a intenção de estimular sexualmente uma criança ou de utilizá-la para a estimulação sexual do abusador ou de outra pessoa adulta (WIRTZ, 1990, p. 17).

Wirtz afirma que essa definição não revela claramente sobre quem recai a culpabilidade do abuso. Segundo ela, essa colocação também permite pensar que todos os membros de um determinado grupo familiar possuem igualmente a predisposição de explorar sexualmente alguém.

Sgroi (1990) contribuiu enormemente para um melhor esclarecimento da problemática da definição de abuso sexual infantil ao destacar o aspecto da manutenção do segredo presente nas ações incestuosas:

Abuso sexual de crianças por adultos (ou por jovens mais velhos) é toda ação sexual de um adulto com uma criança que, nessa fase do seu desenvolvimento emocional e intelectual, não tem discernimento para poder consentir livremente tal ação. O adulto-abusador se aproveita, assim, da relação desigual de poder entre um adulto e uma criança para obrigá-la a cooperar. Decisivo aqui é a questão do dever de ocultação do ato⁶, o qual condena a criança ao mutismo, à indefesa e ao desamparo (1990, p. 17).

Wirtz, ainda no seu livro *Seelenmord* (assassinato da alma), cita outras tentativas de definição que se baseiam em pontos de vista feministas. Por exemplo, Hermann entende o incesto como estupro: “*trata-se aqui de uma relação sexual imposta, mesmo que o momento da violência física não esteja presente*” (WIRTZ, 1990, p. 17).

Autoras como Brownmiller e Ward consideram o conceito violação (estupro) entre pai e filha como o mais adequado para descrever a gravidade da ação incestuosa. Úrsula Wirtz apóia essa concepção e a complementa com a visão de que o incesto (ou o estupro) é um abuso de poder, mencionando a definição da psicoterapeuta Hildebrand:

O incesto acontece quando um membro da família numa situação de poder tenta satisfazer suas necessidades (de poder, de contato corporal e reconhecimento) através da sexualização com um outro membro da família numa posição (de poder) mais fraca. Sexualização aqui pode ser tudo, desde um beijo [...] até relação sexual anal, oral, genital e masturbação com a vítima ou diante dela (p. 19-20).

⁶ Sublinhado pelas autoras.

Wirtz (1990) acrescenta que nessas definições de conteúdo feminista se destaca a relação entre o incesto e o abuso da confiança. A criança que deveria receber atenção, respeito e cuidados é, entretanto, violentada justamente por aquele do qual ela depende emocionalmente. A autora cita a denominação de Shengold para ilustrar melhor: *Seelenmord*. Para Wirtz (1990), essa expressão é justa, já que define o abuso sexual como um “*ataque total contra o ser da pessoa*” (p. 21), no qual a personalidade e a identidade sexual da criança vitimada são gravemente feridas.

Torna-se claro, pelas tentativas de definição aqui apresentadas, que o abuso sexual infantil intrafamiliar pode ser interpretado de várias maneiras. A definição que se segue parece ser a mais abrangente e precisa. Vem sendo utilizada pelo Centro de Proteção Infantil da Alemanha (Kinderschutzbund). O abuso sexual infantil é então definido como: “*uma ação sexual (ou sexualizada) de um adulto com uma criança, que, pelo seu desenvolvimento emocional e cognitivo, e pela relação de poder desigual entre duas gerações, não está em condições de se decidir livremente*” (HRSG, 1984, p. 69).

Segundo o conceito anterior, destacam-se ainda as seguintes características: (a) a intenção do adulto (abusador); (b) a coerção da criança para manter a coisa secreta (por quaisquer meios); (c) a transgressão das regras e papéis sociais dentro do grupo familiar.

72

A essas características acrescenta-se ainda o ambiente social no qual o abuso sexual infantil ocorre. Deve-se sempre levar em consideração o contexto sociocultural e histórico de sociedades patriarcais que têm, na sua estrutura, a violência e a socialização desigual entre homens e mulheres como instrumento de sua própria manutenção (HRSG, 1984, p. 70).

De fato, o abuso sexual intrafamiliar é um fenômeno bastante disseminado, que ocorre em todas as camadas sociais, que não conhece fronteiras raciais, que é praticado, na maioria das vezes, por homens “normais” e que é a forma mais freqüente de violência sexual. No espaço familiar, a criança e o adolescente deveriam receber conforto, amor e confiança, pré-requisitos para um desenvolvimento adequado de suas personalidades, mas é justamente onde mais acontece esse tipo de violência.

A nova concepção de abuso sexual como problema do cotidiano, ao invés de considerá-lo como um fato isolado, exige da sociedade e, em especial do mundo acadêmico, uma discussão permanente e contínua sobre a estrutura cultural dominante. Extremismos, tais como indiferença ou indignação exageradas, não contribuem como solução para o problema. Pelo contrário. Na verdade, essas reações servem muito mais para deslocar o tema do abuso sexual infanto-juvenil para a margem da sociedade, sob risco de neutralizar o assunto e reforçar a lei do silêncio socialmente imposta de não se falar dele ou nele publicamente.

O fenômeno do incesto demanda uma discussão em torno de três temas-tabus, que nessa dinâmica estão interligados: família, sexualidade e violência, tomando-se como base a estrutura patriarcal ocidental, em conjunto com a tendência do recalçamento coletivo e individual da questão.

Um embasamento teórico central para se entender esse processo é proposto por Foucault, que, de forma muito resumida, é citado aqui:

A sexualidade não é para ser descrita como uma força motriz que se defronta naturalmente com o poder de maneira estranha, fantasmagórica [...]. Ela se mostra muito mais como um ponto especial por onde se permeiam as relações de poder: entre homens e mulheres, [...], entre as instituições e as populações. Dentro das relações de poder, a sexualidade aparece não como um elemento improvável, mas como o elemento utilizado o mais variadamente possível: utilizável, na maioria das manobras, como ponto de apoio e de ligação para as mais diferentes estratégias (FOUCAULT, 1983, p. 125).

Em 1976, Foucault (1983) analisou, em seu livro intitulado *Sexualidade e Verdade: a Vontade do Saber*, a importância da manipulação da sexualidade como forma de manutenção de uma determinada relação de poder hierárquica presente na estrutura social. Na sua concepção, as relações sexuais sempre serviram como dispositivos para alianças em todo tipo de cultura, seja para sistemas de casamento, seja, por exemplo, para manter heranças. A partir do século XVIII se intensificou uma nova técnica de poder, que passou a associar as normas sociais com a sexualidade de uma outra maneira. Foucault (1983) a denominou “dispositivo de sexualidade”. Segundo o autor, a sexualidade, na sua condição de dispositivo de aliança (Allianzdispositiv), está relacionada aos papéis sociais e sistemas de regra, e, enquanto dispositivo de sexualidade, é ligada aos corpos que produzem e que consomem. Ou seja, a estrutura social não é mantida somente pela reprodução como também pelo controle do corpo de cada cidadão.

A sociedade revaloriza a sexualidade como o instrumentário principal de reprodução e também, principalmente, como objeto do saber e componente central nas relações de poder (FOUCAULT, 1983). Assim sendo, continua Foucault, a família patriarcal, tradicional e burguesa pode ser descrita da seguinte maneira: ela possui duas relações como eixos fundamentais em sua base: a relação homem-mulher e a relação adulto-criança ou adulto-adolescente, nas quais o dispositivo de sexualidade pode desdobrar-se, como é o caso do corpo feminino e da regulação do nascimento. A família não é somente uma estrutura social, econômica e política (dispositivo de aliança). Muito mais do que isso, é no seu núcleo que se realiza a produção de uma sexualidade, influenciada por um sistema de alianças e, por seu turno, também exerce influência de volta nessa mesma estrutura social. A família possui, assim um duplo papel: ela é o lugar onde a sexualidade e as normas sociais se misturam. Essa ambivalência se torna mais compreensível quando se percebe que a família se tornou um lugar obrigatório em que o indivíduo deve receber exclusivamente proteção, afeto e amor. Paradoxalmente, é justamente na família que o sistema de aliança (estrutura social) se desenvolve.

Enquanto a proibição do incesto (como dispositivo de aliança – norma social) é compreendida como regra básica para a reprodução e a manutenção da sociedade, essa mesma interdição provoca, ao mesmo tempo, que relações incestuosas aconteçam no seio da família, pois é a própria a sociedade que declara a família como foco principal para a sexualidade (*Ibid.*, p. 131). O que antes se encontrava à margem da sociedade é trazido

para o centro da estrutura familiar sendo, dessa forma, melhor controlado. Diz Foucault: “um comportamento sexual desviante é ‘empurrado’ para dentro da família, sendo categorizado nessa estrutura social, a qual é dado o poder de determinação de uma sexualidade, que possa ser importante e adequada a essa estrutura” (Ibid., p. 133).

Um bom exemplo para ilustrar essa análise da sexualidade como instrumento ambivalente de poder é o artigo de Kupffer (1991) sobre o papel social dúbio de desviantes sexuais. Esse texto foi publicado em 1990 na Alemanha e intitulado *Verleugnen, Verharmlosen, Verschweigen. Sexuelle Gewalt und Familienideologie*, traduzindo-se Negar, Bagatelizar, Silenciar. Violência Sexual e Ideologia Familiar. Kupffer observa que, de um lado, o desviante sexual deve ser julgado moralmente como um transgressor da lei. Por outro, ele está assumindo com seu comportamento, também o papel masculino, agressivo e dominante, de senhor das mulheres, dos adolescentes e das crianças, papel esse que corresponde às regras culturalmente entrinçadas da cultura ocidental.

Dessa maneira, considera-se que o desviante sexual pode esperar uma certa compreensão da justiça, tendo em vista a mentalidade social vigente. Ele, então, não cultiva uma “consciência pesada”. Tenta apenas livrar-se da punição, como todos, e cumpre uma “função de descarga da sociedade” (KUPFFER, 1991, p. 18). Kupffer afirma que a estrutura familiar culturalmente vigente praticamente apóia esse papel ambivalente. A transgressão do incesto, continua Kupffer, pode ser moral e juridicamente punível. Entretanto, esse ato de violência só é possível enquanto a ideologia da família a considerar como algo intocável, intacto e inaccessível ao mundo exterior.

74

Chega-se à conclusão de que a sociedade sempre procura um bode expiatório. Segundo Kupffer, ela mostra veementemente sua indignação contra um mal-estar que não pode ser mais negado, para, dessa maneira, projetar para o exterior a sua própria malignidade: acreditar que o comportamento desviante só existe na vizinhança e no mundo exterior.

Abelmann-Vollmer, em seu artigo publicado em 1989, sob o título *Herrschaft und Tabu* (Domínio e Tabu), trata do aspecto social que determina a sexualidade entre adultos e crianças e adolescentes, indagando sobre o abuso sexual infanto-juvenil no círculo familiar. Ela pressupõe que a estruturação sociocultural da sexualidade na família nuclear se baseia em dois fatores fundamentais: as relações de gêneros e as geracionais.

Nas relações entre gerações, há uma interligação entre um adulto e uma criança (ou adolescente). De um lado, encontra-se um indivíduo que já tem o seu desenvolvimento consumado (mesmo que incompleto) e que é responsabilizado socialmente pelo sucesso ou insucesso da educação. Então, a ele é atribuída uma posição de poder frente à criança. Do outro lado dessa relação está a criança que, por ainda não ter sua personalidade nem psíquica e nem fisicamente desenvolvida, encontra-se numa posição de dependência emocional e existencial do adulto. Disso resulta a relação hierárquica de poder (ABELMANN-VOLLMER, 1989).

A segunda condição social importante que contribui para a transgressão do incesto é a divisão de trabalho entre os gêneros na sociedade patriarcal. É, sobretudo, dentro da famí-

lia que se cristalizam os papéis sociais pré-ditados ao homem e à mulher. Dessa forma, os modelos de comportamento são ideologicamente fixados. O homem é então o provedor e determina os contatos externos da família. A mulher, em contraposição, incumbe-se dos afazeres domésticos e da harmonia familiar (ABELMANN-VOLLMER, 1989). Além disso, evidencia-se a diferença de poder entre os gêneros no que diz respeito à manipulação da sexualidade. O controle do modo de expressá-la torna-se instrumento de domínio ao longo da história, que a sociedade sempre possuiu e possui, apesar do movimento de liberação sexual ocorrida nos anos 60, para manter o seu sistema de normas.

O modelo de família burguesa é o exemplo típico para a ilustração dessa análise: o homem é sexualmente ativo, agressivo, dominador. A mulher, ao contrário, é passiva, às vezes tem que até negar a sua sexualidade. Ainda é dominante o tratamento social desigual do homem e da mulher, concomitantemente ao desenvolvimento de uma estrutura familiar que gira em torno da criança e do adolescente. Mais ainda, essa formação social pressiona, de maneira crescente, a família nuclear para o isolamento social, à medida que a sociedade retira a família da esfera pública. Praticamente, a família torna-se, assim, o único espaço em que o indivíduo pode desenvolver as suas emoções e satisfazer as suas necessidades de atenção, de carinho, de contato corporal. Assim sendo, a fusão emocional entre os membros da família fica cada vez mais forte: antes a família era tida como um dos sustentáculos importantes para o desenvolvimento psicossocial da criança. Hoje, é praticamente o único espaço em que ela pode satisfazer as suas necessidades emocionais. Sobre isso, Abelman-Vollmer (1989) conclui afirmando que, em tal estrutura familiar inserida no contexto sociocultural descrito anteriormente, a relação de dependência da criança e do adolescente perante o adulto que condiciona seu desenvolvimento pode transformar-se numa relação de abuso de poder. Nesse sentido, entende-se o abuso sexual infantil no âmbito familiar como uma violência que ocorre numa estrutura cunhada por normas socioculturais e relações de gêneros e geracionais desiguais (LA FONTAINE, 1990).

Ao se lançar um olhar retrospectivo sobre o processo histórico da civilização ocidental, vê-se que a infância foi quase sempre dominada por violência e exploração. Entretanto, essa questão foi até recentemente esquecida. Parece existir uma tendência a reprimir a realidade má e sombria entre adultos e crianças e a idealizar as boas lembranças da infância.

Em abril de 1896, o pai do movimento psicanalítico, Sigmund Freud, proferiu uma palestra para os seus colegas vienenses sobre a origem da histeria. Nela, ele indicou como causa para os sintomas dessa neurose de conversão (que ocorria em pacientes seus – 12 mulheres e 6 homens) a sedução sexual cometida pelo próprio pai na idade infantil. Para esse autor, o sintoma histérico não era uma defesa contra a sexualidade, mas uma resistência às perversões sofridas (HIRSCH, 1990; WIRTZ, 1990). Essa palestra foi recebida pela então Associação Psiquiátrica com uma “recusa gélida” (HIRSCH, p. 30).

Após um ano, Freud revogou a teoria da sedução (*Verführungstheorie* ou *Traumatheorie*), quando afirmou ser o incesto, que ele caracterizou como Complexo de Édipo (*Ödipuskomplex*), um produto da fantasia infantil em desejar sexualmente, no caso das meninas, o pai. A criança, para desenvolver a sua estrutura do eu (sua personalidade), precisaria abrir mão desses desejos, o que seria recompensado socialmente. Caso houvesse algum prejuízo nessa fase, isso poderia ser a causa de enfermidades mentais que eventualmente surgissem numa idade mais avançada (HIRSCH, 1990).

Por que Freud recuou com a sua teoria originária é uma questão que vem sendo bastante especulada nos meios acadêmicos europeus e norte-americanos. Na concepção de Hirsch, Freud perdeu a oportunidade de integrar os dois princípios teóricos, já que ele logrou formar uma síntese das realidades inter e intrapsíquicas e a sua influência recíproca. Pode-se facilmente imaginar o impacto que suas declarações causaram na sociedade vienesa há mais de um século. Contudo, é um fato que a sua decisão em considerar apenas a teoria do impulso (*Trieb-Fantasie-Theorie*), vale dizer, o Complexo de Édipo, contribuiu para que os preconceitos em torno do tema-tabu do incesto e a sua transgressão fossem, até pouco tempo, mantidos fora da discussão pública. Embora vários estudos científicos a respeito tenham sempre sido feitos principalmente nos campos da psiquiatria e da psicanálise (LESSING, 1991).

Reflexões para o atendimento profissional

E o profissional, como deve se posicionar frente a situações como as relatadas anteriormente? Profissional esse que, não raro, faz parte da rede pública de saúde e, portanto, absorve a demanda de atendimento de crianças e adolescentes em situação de violência sexual nas unidades de básicas de saúde, nos hospitais, nas maternidades ou em outros serviços.

Compreende-se aqui que é necessário direcionar o olhar para esses trabalhadores que estão realizando o atendimento, de modo a cuidar também do indivíduo que cuida das vítimas de violência. Lidar com a violência sexual provoca-lhe uma carga de desgaste emocional muito forte, quase que diariamente, e isso não pode ser negligenciado, por parte dos formuladores de políticas públicas de enfrentamento à violência.

Para apoiar profissionais de saúde que vivenciam dificuldades de atender crianças ou adolescentes vítimas de violência sexual apresenta-se, a seguir, a questão do recalque subjetivo. Esse tema é abordado em termos psicanalíticos e está baseado nas reflexões de Wirtz (1990), amadurecidas ao longo de sua experiência psicoterapêutica com pacientes adultas, vítimas de abuso sexual intrafamiliar.

Wirtz (1990) afirma que o recalque (ou recalque) é um mecanismo de defesa utilizado por especialistas, principalmente pelos que lidam diretamente com pessoas que sofreram ou cometeram abuso, para evitarem as próprias reações contratransferenciais. Numa confrontação terapêutica com pacientes gravemente traumatizados, exemplarmente verificado em vítimas de incesto, o terapeuta sente-se exposto a suas próprias dificuldades emo-

cionais. Wirtz menciona Eissler que recorre às reações de defesa coletivas para descrever a sensação de desamparo que se observa em psicanalistas que vivenciam essa situação na sua prática. Em sua concepção, o confronto com o seu próprio desamparo exige do terapeuta que faça uma revisão das suas crenças emocionais, do seu sistema de valores, o que é, pois, bastante ameaçador, sobretudo porque coloca em perigo também o ego (eu) do profissional (WIRTZ, 1990).

O profissional também sente vergonha e culpa, como a vítima do incesto. Ele sente culpa por achar que não tem direito em tocar nas feridas do paciente, que podem ser insuportáveis. Na verdade, salienta Wirtz, essa contratransferência expressa uma defesa do terapeuta contra possíveis sobrecargas emocionais que possam ameaçar o limite emocional necessário numa relação terapêutica. Decerto que durante a revelação de um paciente sobre um trauma sexual infanto-juvenil, o sentimento de miséria humana pode ser intenso, doloroso e incontrolável. Então, é melhor que se atenuem os seus efeitos.

Outros sentimentos destrutivos como a raiva e a indignação foram, segundo Wirtz (1990), também, observados no comportamento reativo de terapeutas que lidam com as vítimas do incesto. Eles evidenciam-se em duas dimensões: tanto na identificação com o autor do abuso quanto na identificação com a vítima. No primeiro plano, o profissional não se mostra empático com a vítima, o que Eissler classifica de “*uma forma de depreciação primitiva do fraco*” (WIRTZ, 1990, p. 122). Wirtz (1990) acrescenta que esse mecanismo é uma norma social interspíquica e introjetada que a cultura ocidental mantém no núcleo de sua estrutura: a depreciação dos mais fracos e a exploração sexual da mulher.

No segundo plano, a identificação com a vítima também pode causar raiva e indignação no profissional. Essa superidentificação pode levá-lo a impedir que a elaboração dos sentimentos ambivalentes da vítima em relação ao pai seja efetuada. Além disso, esses sentimentos negativos poderiam ser recalçados no inconsciente, o que despertaria impulsos instintivos violentos no profissional, que não podem ser integrados ao seu sistema de valores e exigiriam o reconhecimento dos próprios impulsos instintivos sadomasoquistas. Wirtz (1990) conclui a sua observação apontando também para o medo contratransferencial que o técnico sente ao ter que se colocar nessa situação de miséria humana e a não ser mais capaz de retirar-se dela.

Além de buscar aprofundamento conceitual, o profissional responsável pela criança e adolescente vitimados precisa se instrumentalizar para registrar e notificar adequadamente a violência sexual. A experiência tem demonstrado que registrar os casos com precisão e riqueza de detalhes auxilia não apenas quem atende, mas a toda a rede de atendimento, apontando para maior resolutividade do problema e, principalmente, da saída da vítima da situação de violência em menor espaço de tempo.

A análise das fichas de atendimento inicialmente empregadas no Programa SOS Criança do Rio Grande do Norte, efetuada no âmbito da pesquisa referida na introdução, permitiu o aprimoramento dessa forma de registro de informações, no sentido de contribuir para uma melhor atuação dos educadores que as utilizam diariamente e para subsidiar a elabo-

ração e a efetivação de estratégias de intervenção na sociedade e nas famílias dos sujeitos vitimados. Priorizou-se, na pesquisa, a abordagem qualitativa como método de coleta de informações.

A seguir, são apresentadas com base em Campos e Francischini (2003) sugestões para a abordagem do profissional que atende crianças e adolescentes vítimas de violência sexual:

- acreditar na criança e no adolescente;
- propiciar às crianças e aos adolescentes em situação de violência sexual um ambiente acolhedor e discreto;
- garantir o sigilo sobre o caso;
- realizar escuta ativa com a criança e o adolescente;
- registrar sempre que possível os casos reincidentes;
- registrar informações a respeito de quem é o denunciante, mesmo quando a denúncia chega a unidade de saúde, hospital, etc. por telefone (vizinho, família, amigo, desconhecido);
- identificar o local da ocorrência, circunstância (em que situação a vítima foi violentada), e se há a percepção de algumas seqüelas na vítima;
- registrar todos os encaminhamentos dados ao caso;
- notificar, quando possível, se houve retorno satisfatório por parte da rede de atendimento solicitada;
- notificar dificuldades vivenciadas pelo profissional para encaminhar o caso;
- realizar, se necessário a anticoncepção de emergência, a profilaxia para HIV e demais procedimentos ou exames que o caso requerer;
- disponibilizar tratamento adequado e gratuito para os casos de detecção de DST e HIV;
- disponibilizar atendimento social e psicológico à vítima e à família;
- notificar e encaminhar obrigatoriamente os casos e as suspeitas de violência sexual que chegam a unidade de saúde, hospital, maternidade e outros serviços;
- contribuir quando possível para a retirada do autor do abuso do convívio da criança e do adolescente;
- colocar-se a disposição para depor em juízo, quando necessário, de modo a contribuir para a responsabilização do autor do abuso.

Outras informações devem ser coletadas com o autor da violência sexual acerca do ato praticado:

- qual é o seu papel na sua família?
- como você entende o seu papel na saúde e educação da criança?
- quais os principais problemas que surgem no relacionamento entre você e as demais pessoas que vivem na sua casa (ênfasis no relacionamento com os filhos ou enteados)?
- quando surgem esses problemas, quais as formas adotadas para resolvê-los?
- que outras formas de ação poderia sugerir nessas situações?
- como avalia a educação que recebeu de seus pais ou responsáveis?
- a educação que dá aos filhos é semelhante à que recebeu?
- como concebe a violência? É a violência contra a criança?
- qual a sua opinião sobre o porquê dos pais ou responsáveis praticarem atos de violência contra a criança?
- qual a sua opinião sobre o que as pessoas esperam, quando agem dessa forma?

Para finalizar, algumas recomendações gerais se consideram relevantes. É necessário capacitar e mesmo especializar continuamente todos os profissionais da rede de atendimento em saúde para o atendimento da violência sexual. É fundamental promover incentivos à produção científica, à socialização de experiências exitosas nos âmbitos local, regional e nacional. É também essencial pensar no atendimento a partir das realidades local e regional e realizar práticas à luz de pesquisas e diagnósticos sobre o problema.

Referências bibliográficas

- ABELMANN-VOLLMER. *Herrschaft und tabu: in das ist unser geheimnis: sexuelle ausbeutung von kindern. Bedingungen, familiendynamik, handlungsfelder*, Hannover: Deutscher Kinderschutzbund (HRSG.), 1989.
- DEUTSCHER KINDERSCHUTZBUND (HRSG). *Sexuelle gewalt gegen kinder: ursachen, vorurteile, sichtweise, hilfsangebote*, Hannover: [s.n.], 1987.
- FELIZARDO, Dilma; MELO, Keilla, C. S.; ZÜRCHER, Elaine, S. *De medo e sopra: abuso sexual contra crianças e adolescentes*. [São Paulo]: Núcleo de Estudos e Pesquisa (NEP) da Casa Renascer. A. S. Editores, 2003.
- FOUCAULT, M. *Der wille zum wissen*. Frankfurt: [s.n.], 1983. Band I.
- KEMPE, C. H.; KEMPE, R. S. *The common secret sexual abuse of children and adolescents*. New York: Freeman, 1984.
- LA FONTAINE, J. *Child sexual abuse*. Cambridge: [s.n.], 1990.
- LESSING, D. *Memorien einer überlebenden*. In: HIRSCH, Mathias. *Realer inzest*. Berlin, Springer-Verlag, Heidelberg, 1990.

MELO, Keilla, C. S. *Diário de campo*. Natal, 2001.

SGROI, S. M. Handbook of clinical intervention in child sexual abuse. In: WIRTZ, Ursula. *Seelenmord. Inzest und therapie*. Zürich: HRSG, Kruez-Verlag, 1990.

WIRTZ, U. *Seelenmord: inzest und therapie*: Zürich: HRSG, Kruez-Verlag, 1990.



CAPÍTULO VII

O Incesto como Problema de Violência: Atendimento e Estratégias de Interrupção

Nelisa de A. Guimarães¹
Eliane Pessoa de Farias²
Ana Maria Ferrara de C. Barbosa³

Introdução

Este capítulo tem como objetivo trazer à discussão a questão do incesto e as estratégias de atendimento às crianças e aos adolescentes vítimas de abuso sexual intrafamiliar. Para tanto, toma-se como base o relatório final da pesquisa O Circuito e os Curtos-Circuitos do Enfrentamento do Abuso Sexual, coordenada por Eva Faleiros, que consta da publicação O Abuso Sexual Contra Crianças e Adolescentes: os (Des)caminhos da Denúncia. Trata-se de uma pesquisa realizada em cinco cidades brasileiras de cinco regiões do País, que tenta preencher um vazio reflexivo sobre “a efetividade do atendimento, da defesa de direitos e da responsabilização dos abusadores” (FALEIROS, 2003, p. 11), que são os três caminhos que a denúncia percorre, chamados de fluxos, na pesquisa. Propõe-se centrar a atenção no quesito atendimento, visando a uma compreensão da família como um grupo que inclui todos os implicados – a vítima, o abusador e o denunciante – e discutindo o efeito da punição como solução privilegiada para a denúncia.

O relatório final da pesquisa informa sobre os dados obtidos, tecendo considerações sobre eles. Faz-se um recorte desses dados, priorizando-se os que contribuem para a reflexão citada anteriormente. Na pesquisa original, foram analisadas 40 situações, oito em cada cidade. Os critérios de seleção dos casos incluíam exclusivamente vítimas do sexo feminino – por exigência do Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher (Unifem), órgão financiador da pesquisa – em situações de abuso sexual notificadas, abusos esses cometidos por familiares e não familiares.

O processo de investigação levou a constatar que a maioria dos abusadores é composta por familiares (60,4%) ou ligados a familiares e conhecidos, com estreita convivência com a vítima (33,3%), num total impressionante de 93,7%. Este é um dos motivos pelos quais se focaliza, neste trabalho, as situações de incesto, pois como assinala o relatório da pesquisa, “o abuso sexual contra crianças e adolescentes é um crime cometido por íntimos, na intimidade” (FALEIROS, 2003, p. 138).

A precocidade dos abusados sexualmente foi um dado importante: 69,1% das vítimas são crianças na faixa de 0 a 11 anos. Essa informação diverge de estudos epidemiológicos

¹ Psicóloga, doutora em Comunicação e Cultura, psicanalista, membro do Espaço Brasileiro de Estudos Psicanalíticos.

² Psicóloga, psicanalista, membro Efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro – International Psychoanalytical Association (IPA).

³ Psicóloga, mestre em Psicologia Social, psicanalista.

internacionais, que apontam a adolescência como o período de maior incidência. Verificou-se também que o abuso sexual foi de longa duração: de um a dez anos, o que amplia mais ainda a precocidade (as idades que constam são as da denúncia), assim como o silêncio, a convivência e a cumplicidade.

O relatório evidencia um paradoxo: a maioria das situações de violência intrafamiliar é crônica, mas sua revelação cria uma espécie de emergência que, tratada de forma desarticulada ou fragmentada pelos diferentes fluxos, leva a um retorno ou a uma (re)acomodação às condições que a geraram. Seria como se tudo “voltasse ao normal” e isso é válido para a família, para as instituições e para os profissionais envolvidos, diz o relatório.

Dos 47 abusadores denunciados, a pesquisa indica que 45 são do sexo masculino. Quanto às denúncias, 52,1% foram iniciativas das mães e 10,4%, das próprias vítimas (das quais fazem parte duas crianças de 9 anos). Em 13 situações, as vítimas não foram afastadas do convívio com os abusadores, o que, assinala a pesquisa, “significaria o mínimo de proteção das mesmas”.

No que diz respeito ao atendimento, o estudo constatou o não cumprimento do preceito constitucional e do ECA, evidenciado na ausência de políticas públicas voltadas para o atendimento das famílias, vítimas e abusadores e no reduzido orçamento público na área de proteção das crianças e dos adolescentes.

82

O atendimento foi centrado no cuidado individual à vítima. Elas e suas famílias não compareceram a maioria dos encaminhamentos feitos. Um outro dado aponta que em apenas três das 40 situações o atendimento modificou as condições facilitadoras ou geradoras da dinâmica abusiva, provocando mudanças na vida das pessoas implicadas.

Observou-se que o agressor é relegado nos atendimentos, o que pode levar à perpetuação da agressão. Dificilmente ele procura atendimento por conta própria. Foi identificado, também, o descuido com o adolescente abusador, ficando ele abandonado à própria sorte de adolescente e de agressor sexual. Outro entrave no fluxo de atendimento reside no fato de ser pouco acionado pelos outros setores, isto é, pelo fluxo de responsabilização (Delegacia da Criança e do Adolescente, por exemplo) e pelo fluxo de defesa de direitos (como o Conselho Tutelar), indicando que sua importância não é devidamente reconhecida.

Denúncia e punição

A pesquisa mostra que 50% das denúncias de abuso sexual procuram primeiro a polícia que passa a ser a porta de entrada. Isso levanta a hipótese de que existe, por parte do denunciante, a expectativa de interrupção da situação abusiva por intervenção de um terceiro, já que a família não está conseguindo fazer cessar a transgressão. No caso, a polícia é chamada a exercer a “função paterna”, pondo em ação sua autoridade. Autoridade essa que necessariamente tem de ser reconhecida como legítima por todos para que alcance a condição de legalidade simbólica.

Buscar a interrupção da violência nem sempre significa buscar apenas a punição do agressor. Mas, isso raramente acontece. Os números da pesquisa indicam que apenas três

processos tiveram prosseguimento satisfatório (no sentido de promover mudanças efetivas nas situações denunciadas). Esse fato pode estar relacionado às dificuldades burocrático-administrativas dos serviços de atendimento à violência sexual contra a criança e o adolescente, à falta de articulação entre eles, além de outros fatores que podem estar em jogo.

Na prática, até o momento, a denúncia tem sido priorizada, sendo a punição ao culpado quase o único efeito do encaminhamento. As portas de entrada das queixas são inúmeras: além da polícia, os serviços de saúde, os serviços de atendimento à criança e ao adolescente, as varas de família e outras. A notificação de maus-tratos pelos profissionais de saúde contra crianças e adolescentes já é obrigatória no País a partir do ECA, embora nem todos façam esse tipo de encaminhamento.

Mas, é no atendimento que as situações se complicam. A pesquisa fala de um encaminhamento da vítima e do abusador a circuitos paralelos e estereotipados:

o abusado toma a identidade de vítima a ser protegida e cuidada e o abusador, a identidade de acusado e processado. As dores, o sofrimento, os sentimentos, as rupturas entre pessoas e famílias não são levadas em conta nos processos formais, nos embates jurídicos (FALEIROS, 2003, p. 28).

Em caso vindo a público muito recentemente, a vítima afirma, a respeito do pai que abusou, durante 12 anos, dela e de duas de suas irmãs: “*não adianta botá-lo na cadeia simplesmente*” (MELLO, 2004, p. 14). Fala de sua ambivalência e de sua confusão mental diante de um pai que não era apenas abusador: também era quem cuidava das filhas e com quem elas podiam contar, uma vez que a mãe tinha abandonado a família. Expressa seu ressentimento com relação à mãe, por não ter protegido as filhas dos abusos do pai, isto é, de não ter exercido a função de fazer valer a lei, aqui chamada de “função paterna”. Este é um exemplo que ilustra o que se defende aqui: é preciso ir além da punição.

Incesto, interdição sociocultural e conflito

As situações de abuso sexual intrafamiliar se inserem no vasto campo da violência e do maltrato infantil. Nesse campo, nega-se à criança sua posição própria de criança e abre-se um problema ético a ser enfrentado pelas instituições de atendimento, responsáveis por garantir os direitos das crianças e dos adolescentes. O problema ético deve considerar as origens culturais da proibição do incesto, os conflitos humanos vividos diante de tal proibição, a posição familiar e social própria de cada situação de abuso sexual, além da legislação específica e das modalidades de punição.

Ao verificar a presença de desejos incestuosos nos seres humanos, a partir de muitos estudos antropológicos, em mitos, lendas, ritos e práticas de todas as culturas já estudadas, verifica-se também, concomitantemente, a imposição de leis que ordenam as uniões sexuais permitidas e proibidas. Toda cultura envolvida num projeto civilizatório se apóia na exogamia e em modalidades de proibição de uniões sexuais.

Freud, em seu minucioso estudo *Totem e Tabu*, após amplo levantamento de costumes e evitações em diferentes culturas, analisa as proibições e o prazer de transgredi-las e a ambivalência subjetiva diante das proibições, destacando-se a importância da renúncia pulsional, inclusive como forma de expiação.

Pode-se indicar que a renúncia pulsional diante de uma proibição comum é o que permite a condição de legalidade simbólica contra leis arbitrárias. Essa condição está na base do desenvolvimento psíquico, do pensamento simbólico e da construção da moralidade de cada indivíduo, da definição ética dos grupos familiares e de outros grupos sociais, do trabalho de garantia do direito à cidadania, da suspensão de abusos e do trabalho clínico com vítimas e transgressores assim identificados. A renúncia pulsional diante da proibição comum do incesto é um princípio enfatizado por Freud, retomado como lei fundamental a ser compreendida e respeitada por todos.

A sedução de crianças por adultos deve ser vista no confronto com esse princípio e essa condição de legalidade. Como um princípio é transmitido? Como um princípio passa a ser praticado na condição de legalidade, para decidir condutas e avaliar conseqüências? Tanto a sedução como a fantasia incestuosa fazem parte da experiência humana e têm diversas manifestações. As formações neuróticas, perversas e psicóticas do psiquismo revelam a diversidade de tais expressões e dependem funcionalmente da relação subjetiva com a lei fundamental e com a condição simbólica.

84

A imposição de uma proibição e o respeito compartilhado à lei fundamental têm sido – nas sociedades patriarcais, nas religiões monoteístas, em várias tradições culturais (judaico-cristã, islâmica) – realizados por um pai ou uma forte autoridade equivalente. Várias versões do pai são encontradas: o pai que goza de todos os direitos, sem proibições; o pai severo que ameaça e pune o não cumprimento das proibições; o pai da fantasia que é alvo de desejos ou é executor de punições; o deus pai que tudo vê e tudo julga; os equivalentes de autoridade paterna, como a dominância de poderes superiores, as forças do destino, as fortes reações massificadas, as atribuições de sorte, sucesso como recompensa, ou seu inverso como punição.

A consciência moral, determinada a partir do amor ou da ira do pai, formula finalmente representações ideais e é pressionada por exigências ou imperativos que regem também a vida sexual. Pais e educadores exercem, na vida da criança, uma vigilância ou uma negligência moral que serão exercidas posteriormente por sua consciência moral. Ela estará atendendo a regras que correspondem ao amor ou à ira dos pais, dos educadores, dos líderes ou chefes de grupos, ou a seu próprio orgulho narcisista.

O conflito diante da proibição sociocultural do incesto pode expressar um desejo de satisfação e uma regra moral de renúncia. A renúncia costuma se dar por um fetiche, por um sentimento de culpa, ou pela ameaça de falta de amor ou aprovação de entes queridos. São motivos muito diferentes. A intensificação do conflito entre desejos e culpas pode ter também diferentes expressões: exacerbação das culpas ou dos desejos, cobrança de culpa pela não realização da renúncia e pela falta de julgamento moral.

O trabalho de atendimento a ser feito nas situações analisadas precisa estar na direção da responsabilização e da formação da consciência moral. Nem a punição nem o arrependimento por si sós ajudam a descobrir a origem da consciência moral e do sentimento de culpa que compõem uma atitude ética: é preciso analisar o conflito entre amor e destruição presente em qualquer situação de convivência.

Conclusão

Repete-se, ao concluir este capítulo, que a ênfase em medidas apenas punitivas não dá conta de situação tão complexa como o caso do incesto. Propõe-se um atendimento que consiga efetivamente interromper a situação de abuso e que considere as peculiaridades da dinâmica da violência intrafamiliar, em especial da violência sexual contra crianças e adolescentes por pessoas com as quais elas têm laços afetivos e conflituosos importantes.

Um atendimento que não traga implícito em sua forma de abordagem a ameaça de ser tão ou mais violento que a situação para a qual se quer suporte. Que se faça valer as palavras do Manual Técnico do Ministério da Saúde que propõe a regulamentação da notificação de maus-tratos pelos profissionais de saúde contra crianças e adolescentes:

a notificação não é e nem vale como denúncia policial. O profissional de saúde ou qualquer pessoa que informa uma situação de maus-tratos está dizendo ao Conselho Tutelar: esta criança ou este adolescente e sua família precisam de ajuda! (BRASIL, 2002, p. 14).

É necessário um atendimento que interrompa imediatamente o contato entre os envolvidos na denúncia, até que a situação seja esclarecida. Que instale um trabalho reflexivo com a família, de tal forma que os sujeitos sejam convocados a fazer do pensamento e da palavra um auxílio para mediação de suas relações e conflitos.

Ou seja, é preciso produzir um trabalho de acompanhamento bem próximo à família, por um período contínuo que seja suficiente para o estabelecimento de um clima de confiança, sem o qual segredos raramente são revelados. Que considere o conflito como constitutivo da condição humana, sem que isso signifique abrir mão de uma ética de responsabilização do sujeito. Que leve em conta a ambivalência e as fantasias incestuosas nas relações entre os envolvidos, com o objetivo de provocar a renúncia pulsional, renúncia essa entendida como estruturante da consciência moral.

Um acompanhamento em que o Estado e suas instituições funcionem como operadores da lei, da interdição que falhou no contexto familiar. Lembrando que a interdição é mais facilmente elaborada quando se tem alternativa para realizações substitutivas do desejo. E quem interdita para fazer valer a lei comum a todos, precisa ter elaborado a sua própria interdição.

Referências bibliográficas

BAGGIO, M. A. Abuso sexual intrafamiliar. *Reverso*, Belo Horizonte: Círculo Psicanalítico de Minas Gerais, v. 32, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes: um passo a mais na cidadania em saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

FALEIROS, Eva T. (Org.). *O abuso sexual contra crianças e adolescentes: os (des)caminhos da denúncia*. Brasília: Presidência da República, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.

FREUD, S. *Moisés e o monoteísmo*. E. S. B. 23, [1939].

_____. *O mal-estar na civilização*. E. S. B. 21, [1930].

_____. *Totem e tabu*. E. S. B. 13, [1913?].

HARAZIM, D. A hora de falar o que ninguém quer ouvir. *O Globo*, Rio de Janeiro, 15 fev. 2004. p. 14-15.

KUITCA, M. L. K., GUITER, J. B. Abordaje de la presunción de abuso sexual. Dificultades en el diagnóstico y el tratamiento. *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires: APA, v. 7, 2000.

MELLO, A. Entrevista. *O Globo*, Rio de Janeiro, 15 fev. 2004, p. 14, 2000.

ROTENBERG, E. Abuso sexual infantil. *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires: APA, v. 7, 2000.



CAPÍTULO VIII

Atenção Psicossocial a Crianças e Adolescentes Sujeitos à Violência Intrafamiliar

Ana Cecília de Sousa Bastos¹
Miriã Alves Ramos de Alcântara²

Meu pai me descobriu acororado e sem fôlego, colado ao muro, e arrancou-me dali violentamente, reclamando um cinturão. Onde estava o cinturão? Eu não sabia, mas era difícil explicar-me: atrapalhava-me, gaguejava, embrutecido, sem atinar com o motivo da raiva. Os modos brutais, coléricos, atavam-me; os sons duros morriam, desprovidos de significação.

Não consigo reproduzir toda a cena. Juntando vagas lembranças dela a fatos que se deram depois, imagino os berros de meu pai, a zanga terrível, a minha tremura infeliz. Provavelmente fui sacudido. O assombro gelava-me o sangue, escancaravam-me os olhos.

Onde estava o cinturão? Impossível responder. Ainda que tivesse escondido o infame objeto, emudeceria, tão apavorado me achava. Situações deste gênero constituíram as maiores torturas da minha infância, e as conseqüências delas me acompanharam.

O homem não me perguntava se eu tinha guardado a miserável correia: ordenava que a entregasse imediatamente. Os seus gritos me entravam na cabeça, nunca ninguém se esgoelou de semelhante maneira.

Onde estava o cinturão? Hoje não posso ouvir uma pessoa falar alto. O coração bate-me forte, desanima, como se fosse parar, a voz emperra, a vista escurece, uma cólera doída agita coisas adormecidas cá dentro. A horrível sensação de que me furam os tímpanos com pontas de ferro.

Onde estava o cinturão? A pergunta repisada ficou-me na lembrança: parece que foi pregada a martelo.

[...] Minha mãe, José Baía, Amaro, sinhá Leopoldina, o moleque e os cachorros da fazenda abandonaram-me. Aperto na garganta, a casa a girar, o meu corpo a cair lento, voando, abelhas de todos os cortiços enchendo-me os ouvidos – e, nesse zunzum, a pergunta medonha. Náusea, sono. Onde estava o cinturão? [...]

Havia uma neblina, e não percebi direito os movimentos de meu pai. Não o vi aproximar-se do torno e pegar o chicote. A mão cabeluda prendeu-me, arrastou-me para o meio da sala, a folha de couro fustigou-me as costas. Uivos, alarido inútil,

¹ Mestre em Saúde Comunitária pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB), pesquisadora do CNPq, docente dos programas de Pós-Graduação em Psicologia e em Saúde Coletiva da UFBA.

² Psicóloga, mestre e doutoranda em Saúde Coletiva pela UFBA.

estertor. Já então eu devia saber que rogos e adulações exasperavam o algoz. José Baía, meu amigo, era um pobre-diabo.

Achava-me num deserto. A casa escura, triste; as pessoas tristes. Penso com horror nesse ermo, recordo-me de cemitérios e de ruínas mal-assombradas. Cerravam-se as portas e as janelas, do teto negro pendiam teias de aranha. Nos quartos lúgubres minha irmãzinha engatinhava, começava a aprendizagem dolorosa.

Junto de mim, um homem furioso, segurando-me um braço, açoitando-me. Talvez as vergastadas não fossem muito fortes: comparadas ao que senti depois, quando me ensinaram a carta de ABC, valiam pouco. Certamente o meu choro, os saltos, as tentativas para rodopiar na sala como carrapeta, eram menos um sinal de dor que a explosão do medo reprimido. Estivera sem bulir, quase sem respirar. Agora esvaziava os pulmões, movia-me, num desespero.

O suplício durou bastante, mas, por muito prolongado que tenha sido, não igualava a mortificação da fase preparatória: o olho duro a magnetizar-me, os gestos ameaçadores, a voz rouca a mastigar uma interrogação incompreensível.

Solto, fui enroscar-me perto dos caixões, coçar as pisaduras, engolir soluços, gemer baixinho e embalar-me com os gemidos. Antes de adormecer, cansado, vi meu pai dirigir-se à rede, afastar as varandas, sentar-se e logo se levantar, agarrando uma tira de sola, o maldito cinturão, a que desprendera a fivela quando se deitara. Resmungou e entrou a passear agitado. Tive a impressão de que ia falar-me: baixou a cabeça, a cara enrugada serenou, os olhos esmoreceram, procuraram o refúgio onde me abatia, aniquilado.

Pareceu-me que a figura imponente minguava – e a minha desgraça diminuiu. Se meu pai se tivesse chegado a mim, eu o teria recebido sem o arrepio que a presença dele sempre me deu. Não se aproximou: conservou-se longe, rondando, inquieto. Depois se afastou.

Sozinho, vi-o de novo cruel e forte, soprando, espumando. E ali permaneci, miúdo, insignificante e miúdo como as aranhas que trabalhavam na telha negra.

Foi esse o primeiro contacto que tive com a justiça (RAMOS, 2003).

Introdução

Este capítulo trata especificamente da necessária atenção psicossocial a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar, acreditando-se que é possível agir positivamente para reverter as condições adversas que costumam pesar sobre toda a vida dessas pessoas em formação. É fundamental interromper o ciclo dos abusos e maus-tratos. Para exemplificar e imprimir maior clareza na abordagem ao tema da violência na infância, é grande a contribuição do texto em epígrafe. Sem dúvida, poucos relatos de um drama cotidiano na vida de milhares de crianças terão a densidade alcançada por Graciliano Ramos nesse tocante fragmento de *Infância*, um livro autobiográfico. Todas as dimensões da experiência de ser vítima de violência estão contidas aí: o pavor paralisante, a injustiça, a dor pelo maltrato infligido por uma figura que deveria ser fonte de proteção e amor, a

impossibilidade de fala e diálogo, o aniquilamento do ser infantil e, sobretudo, as marcas permanentes desse sofrimento ao longo da vida.

Na contramão de seu papel protetor, a família aparece, muitas vezes e em variadas condições sociais, como palco privilegiado de uma experiência de violência. Uma nova compreensão dos direitos da infância vem descerrando lentamente as cortinas que cercam de segredo ou banalização o drama que ali tem lugar. A cena que ocupa esse palco é capaz de afetar profunda e irrevogavelmente o curso da experiência individual – e esses efeitos começam igualmente a ser desvendados por especialistas, em sua extensão e amplitude. Começa-se – com lentidão demasiada diante da urgência que a situação requer – a compreender como se pode atuar diante desse drama cotidiano que acontece na vida de tantas crianças e adolescentes.

É precisamente desse último aspecto que trata este capítulo, buscando-se responder a algumas questões, tais como: quais as alternativas e estratégias de intervenção profissional frente ao problema da violência familiar contra a criança e o adolescente? Como o profissional que atua na rede básica de saúde pode engajar-se de modo ativo e eficiente, na proteção às crianças e aos adolescentes vítimas ou em risco de violência? De que modo atuar frente aos agressores e à família enredada na trama da violência? A quem e a que setores se aliar nessa atuação?

Atenção psicossocial a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar

Frente ao número cada vez maior de casos notificados de abuso físico e sexual contra crianças e adolescentes de autoria dos pais da vítima, procurou-se identificar aqui algumas estratégias que têm sido implementadas para enfrentar a questão, com especial interesse nos diversos níveis e alvos de atuação, junto às vítimas e aos agressores.

Uma observação inicial deve ser feita assinalando a especificidade inerente ao problema da intervenção profissional e legal, remetendo à presença de mecanismos de proteção e segredo na família em torno da agressão, em caso de abuso contra a criança ou o cônjuge, em nome de se preservar uma ilusão, um mito de paz e de harmonia no interior da família. Como consequência, além do desamparo e desespero tanto da vítima como do agressor, pode ocorrer a sabotagem da intervenção terapêutica.

Obviamente, o termo vítima não é isento de ambigüidade; não se pode assumir a sua passividade, nem perder de vista a dinâmica de um sistema familiar que se move como um todo. Nesse sentido, deve-se concordar com Bugental, Blue e Lewis (1990), dentre outros, para quem “*sistemas familiares disfuncionais são melhor compreendidos como processos recíprocos nos quais tanto as propriedades eliciadoras da criança como as propriedades reativas do adulto atuam para definir a natureza e manutenção do sistema total*” (p. 637). Há que analisar o problema devidamente contextualizado: enquanto nos Estados Unidos se constata que crianças difíceis e doentes aumentam a probabilidade de violência, o mesmo não parece ocorrer no Brasil (MEYER, 1988).

Qualquer forma de intervenção efetiva, portanto, terá que focalizar o nível individual em conjunto com o familiar seja numa perspectiva mais imediata da dinâmica familiar em vigor, seja pela consideração de valores culturais e aspectos socioeconômicos que a conformam. Por conseguinte, assume-se aqui a família como alvo privilegiado de intervenção na reabilitação após ocorrência de maus-tratos à criança. Considerando esse enfoque, são evidentemente cruciais as ações de vigilância à saúde.

Identificação dos casos

“E ali permaneci, miúdo, insignificante e miúdo como as aranhas que trabalhavam na telha negra” (RAMOS, 2003).

O primeiro aspecto a considerar, sem dúvida, é a própria constatação do problema. Como decifrar suas marcas? Que condições, circunstâncias e conseqüências configuram violência intrafamiliar? Quais suas modalidades? Que profissionais estão em posição privilegiada para identificar o problema a tempo de evitá-lo ou de minimizar seu impacto? E sobre esse assunto, sobre as definições com as quais o setor Saúde trabalha, outros autores, sobretudo na parte dedicada à contextualização já se debruçaram.

Deve ser lembrada, aqui, a ambigüidade inerente a uma cultura ocidental que ora condena a violência, ora exalta-a como um valor a ser cultivado. Essa relativização não deve impedir o posicionamento claro e nem a decisão de interferência (inclusive no âmbito legal), no caso do uso indevido do poder atribuído aos pais sobre seus filhos, pelo qual filhos são vistos como propriedade paterna. “É meu filho, minha obrigação é bater e ninguém tem nada com isso”. “É minha filha, eu criei, eu que faço” (no sentido da iniciação sexual). O que prevalece é uma representação social em que a família se define como área de foro íntimo; as pessoas não interferem em assuntos de disciplina entre pais e filhos. “Roupa suja se lava em casa”. “Em briga de marido e mulher, não se mete a colher”, como também outros autores, neste livro, já trataram.

Em um estudo pioneiro realizado por Meyer (1988) junto a um grupo de mães, embora 34,3% destas relatassem ter presenciado episódios violentos contra crianças na vizinhança, somente uma revelou ter socorrido a vítima. Essa autora registra ainda o fato de haver, no Brasil, grande aceitação cultural da violência, inclusive como forma de disciplinar crianças.

Pode-se considerar a sugestão de Emery (1989), segundo a qual “os mesmos critérios usados para designar violência fora da família deveriam se aplicar à designação da violência dentro dela” (p. 323); no entanto, estratégias de intervenção serão ineficazes, e até mesmo perversas, caso não levem em conta especificidades do contexto cultural para o qual se dirigem. Abordagens do abuso físico serão ineficazes se os agressores não tiverem a oportunidade de falar dos motivos e significados de agredirem seus filhos, abrindo-se, a partir daí, uma possibilidade de diálogo com os profissionais e de construção de alternativas, em um abrangente processo de educação para a saúde. Não se pode esquecer a condição de desamparo institucional em que vivem muitas famílias nos bairros populares das cidades – uma condição de exclusão de tal magnitude que já autorizou denominar aqueles que assim

vivem de “fora-da-lei funcionais” (BHAGHWATI, 2002). Como analisar depoimentos como o de um pai que dizia: “Bato em meu filho hoje para que a polícia não bata amanhã” ou “Hoje em dia um pai não pode mais educar seus filhos, que a polícia vem e prende”?

Sendo a prática pediátrica o contexto privilegiado, no âmbito do serviço de saúde, para o cuidado da saúde infantil, é nesse nível que se origina a intervenção, uma vez que é aí que a família procura ajuda explícita, frente ao dano apresentado pela criança, e silenciosa, do ponto de vista da dinâmica familiar. Diamond e Jaudes (1983) mencionam ainda o fato de que a equipe médica pode monitorar o abuso dentro do cuidado pediátrico e da estrutura de acompanhamento que ele já possui. O exame pediátrico precoce seria ainda o contexto privilegiado para a detecção precoce de abuso, que poderia prevenir danos irreversíveis. Nesse sentido, Elmer & Gregg (1967) já recomendavam que “*o diagnóstico diferencial de todo bebê muito pequeno com ferimentos deveria incluir a possibilidade de abuso, procedendo-se à avaliação esquelética como uma parte da rotina de avaliação médica em qualquer situação*” (p. 601). Mas os cuidados devem envolver a ação de uma equipe, na qual, quando necessário, precisa estar presentes diversos profissionais, como assistentes sociais, pediatras, psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, educadores, osteopatas, neurologistas, oftalmologistas.

A escola é o outro espaço fundamental para detecção de abuso, por sua capacitação única para ajudar crianças: professores são muitas vezes os primeiros alertados para os sintomas físicos e emocionais provenientes dos maus-tratos. O professor freqüentemente é subutilizado na atenção aos maus-tratos, uma vez que ele tem acesso mais fácil às crianças, aos jovens e a suas famílias. É fundamental ainda que as ações de proteção alcancem uma dimensão intersetorial, envolvendo esforços para tornar os professores mais e melhor informados sobre o problema, melhorando, por conseguinte, o diagnóstico e o relato do caso, especialmente em crianças pequenas. Em posição análoga, estão, por exemplo, os agentes comunitários de saúde, outros membros das equipes do Programa Saúde da Família e o assistente social.

A identificação do caso, enquanto processo geral, implica a detecção de fatores de risco em vários níveis: grupos sociais, estressores específicos ocorrendo na família, comportamento parental potencialmente abusivo, características físicas e comportamentais da criança.

A tomada de decisão diante do caso identificado

“*Situações deste gênero constituíram as maiores torturas da minha infância, e as conseqüências delas me acompanharam*” (RAMOS, 2003).

Na tomada de decisões, deve-se levar em conta a extensão do dano sofrido pela criança e uma avaliação da adequação das circunstâncias familiares presentes. Esses cuidados visam a conseguir que se possa garantir o desenvolvimento seguro e adequado tanto da criança maltratada como de outras crianças dentro da família. A experiência de outros países traz exemplos de quão amplas podem ser as opções por ações a serem desenvolvidas (SIEGEL *et al.*, 1980; HENSEY; WILLIAMS; ROSENBLOOM, 1983; OATES, PEACOCK; FORREST, 1984; EMERY, 1989), como:

- a promoção da qualidade do vínculo mãe-criança;
- a informação e monitoração do cuidado à criança;
- a informação sobre desenvolvimento, enfatizando-se a importância do jogo e da estimulação para a aprendizagem do bebê e o desenvolvimento de sua linguagem;
- o atendimento às necessidades especiais de mães e bebês nos primeiros meses e o uso de recursos adequados para o seu atendimento (creches, serviços pediátricos);
- a promoção de habilidades maternas para o devido cuidado ao desenvolvimento do bebê;
- a promoção de contatos com outros membros da família, da comunidade e com profissionais especializados no cuidado da criança, visando a compor uma efetiva rede de apoio social.

Para muitas crianças maltratadas, a medida de proteção aplicada pelos operadores do direito e pelos profissionais da saúde costuma ser a transferência para orfanatos ou famílias substitutas. Mesmo que essa medida possa oferecer proteção contra novos episódios, a experiência do trauma vivido não cessa quando as crianças são colocadas fora de casa. É também possível que as vítimas passem a um contexto no qual haja maior risco para ocorrência de novos eventos negativos em suas vidas. Além da proteção ou do risco presentes no contexto, é necessário observar se as características da criança não a predispõem a ser novamente vítima de abuso.

92

Do ponto de vista das conseqüências psicológicas, a criança pode mostrar-se mais fragilizada em relação às conseqüências do trauma por estar isolada de sua casa, escola, amigos e família. Esses fatos podem ser agravados por retorno à família ou por mudanças freqüentes de família substituta ou de orfanato. Por isso, é necessário cuidar para que se faça a inserção da criança em serviços abertos aos aspectos jurídicos e à promoção do desenvolvimento e da saúde mental (TAUSSING, 2002). De Antoni e Koller (2001) consideram importante acompanhar a criança e o adolescente, quando vítimas de abuso, tendo em perspectiva sua qualidade de vida e auto-estima e levando-se em conta as exigências de intervenção e as especificidades de cada caso, com o intuito de preservar e valorizar aspectos sadios de seus relacionamentos no orfanato, na família substituta ou na casa de passagem e com as demais pessoas e instituições que fazem parte da rede de apoio.

Os resultados de um estudo de seguimento a crianças institucionalizadas após maus-tratos sofridos na adolescência, cinco anos após o primeiro contato, evidenciaram maior freqüência de engajamento em comportamentos de risco nos domínios sexual, conflitos com a lei, uso de substâncias e tendências suicidas (TAUSSING, 2002).

A atuação junto aos pais

“O homem não me perguntava se eu tinha guardado a miserável correia: ordenava que a entregasse imediatamente. Os seus gritos me entravam na cabeça” (RAMOS, 2003).

“Se meu pai se tivesse chegado a mim, eu o teria recebido sem o arrepio que a presença dele sempre me deu. Não se aproximou: conservou-se longe, rondando, inquieto” (Idem).

Supõe-se que qualquer estratégia empregada para atender aos pais deva considerar que a típica família abusiva encontra-se em uma situação de risco psicossocial. Casas (1998) assinala que todo tipo de violência ou abuso intrafamiliar, físico, psíquico ou sexual, pode deixar seqüelas em seus membros (não apenas nos que padecem diretamente a violência ou os abusos). Às vezes, os episódios abusivos se repetem de forma regular, ou mesmo se fazem crônicos. Em tais situações, é muito menos freqüente que o apoio social externo se apresente espontaneamente. Dizia Graciliano:

Minha mãe, José Baía, Amaro, sinhá Leopoldina, o moleque e os cachorros da fazenda abandonaram-me [...]. José Baía, meu amigo, era um pobre-diabo. [...] Achava-me num deserto. A casa escura, triste; as pessoas tristes. Penso com horror nesse ermo, recordo-me de cemitérios e de ruínas mal-assombradas.

A literatura é ampla na indicação de características comportamentais, de personalidade, culturais e ideológicas, dos pais abusivos e esses aspectos deverão influenciar a conduta terapêutica. Spinetta (1978) constatou que mães abusivas diferem de mães não-abusivas em sua relação passada e atual com os próprios pais. Têm mais altas expectativas para o desempenho de seus filhos e falham em separar seus próprios sentimentos dos sentimentos de seus filhos. Foram encontradas também diferenças nas áreas de atitude e personalidade, sugerindo fraqueza no manejo dos eventos da vida diária. Fried e Holt (1980) mencionam características dos pais abusivos como sendo impulsivos, dependentes, isolados, deprimidos, vulneráveis a críticas, com poucas habilidades frente a dificuldades e crises, com baixa auto-estima e pequeno autocontrole. Além disso, relatam mais altas taxas de abuso em áreas urbanas que em cidades pequenas, subúrbios e comunidades rurais; mais em trabalhadores manuais que em intelectuais; aumentam com níveis educacionais e de renda mais baixos; independem de raça; quanto mais jovens mais violentos os pais; quanto à religião, pais judeus apresentaram, nesse estudo, taxas mais baixas de violência.

Mais do que uma suposta personalidade psicopatológica, são correlatos mais comuns do abuso aspectos ligados a condições de vida e a educação: estresses situacionais; fatores cognitivos, como limitado conhecimento sobre criação de filhos; baixa tolerância para demandas infantis, tais como choro; e atribuições errôneas de motivações infantis para comportar-se de maneira julgada inadequada (EMERY, 1989).

Estudo recente, realizado no Brasil, com crianças entre 4 e 5 anos de idade e suas respectivas mães, no qual foram testados modelos de risco e de proteção para saúde mental da criança (comportamentos de externalização e internalização), focalizou a atitude conjugal conflituosa e os estilos parentais. Observou-se que as interações familiares conflituosas,

assim como o estilo parental autoritário, foram, ambos, preditores de risco para problemas de comportamento das crianças (OLIVEIRA *et al.*, 2002).

Assim, a tendência mais recente é abandonar a idéia de que violência familiar resulta de psicopatologia séria, assumindo-se a perspectiva da agressão aprendida no próprio contexto familiar. Os esforços se dirigem então para analisar violência dentro de um *continuum* de interações familiares normais, devendo-se, quanto ao objetivo de reabilitação, ajudar o indivíduo a inibir expressões inadequadas de agressão ou a aprender formas alternativas de demonstrar raiva, trabalhando os padrões de interação em vigor na família.

A conclusão é que, para fins terapêuticos, é aconselhável, no esforço de reabilitação ou de prevenção, buscar aliviar a família de estresses situacionais e desenvolver nos pais a capacidade de manter equilíbrio sob estresse. Trata-se de melhorar as atitudes parentais em direção ao próprio eu e em direção à criança, na esperança de reduzir o abuso potencial e o abuso real.

Uma perspectiva de mais amplo foco, mas que não contraria a anterior, implica em reconhecer que as dificuldades familiares ocorrem com freqüência no contexto de múltiplos déficits sociais e ambientais, incluindo-se distúrbios psiquiátricos e outros problemas (de natureza econômica, por exemplo), vindo essas variáveis a agir como forças inibidoras do desenvolvimento de habilidades satisfatórias de criação de filhos (QUINTON; RUTTER, 1984). Assume-se aqui a chamada perspectiva ecológica (BELSKY, 1980), sugerindo-se avaliar paternidade em termos de recursos disponíveis, (habilidades pessoais e características sociais), sendo a família vista como um sistema funcional afetado por sua composição interna e por forças externas. Em termos terapêuticos, seriam então focalizados:

o estado emocional dos pais; a presença de outros estresses e problemas da vida cotidiana; as qualidades do cônjuge e a extensão em que a criação de filhos é partilhada; a existência de outras satisfações e realizações além de ser pai/mãe (como um trabalho fora de casa); a disponibilidade de suportes sociais adequados; e condições habitacionais (QUINTON; RUTTER, 1984, p. 246).

Rosenberg & Reppucci (1985) já apontavam fatores causais para os diversos níveis possíveis de análise. No plano individual, incluem-se variáveis ligadas à personalidade e à história de socialização dos pais (experiência com violência, rejeição parental, expectativas não apropriadas de desenvolvimento para os filhos). No âmbito da família, são importantes fatores as interações disfuncionais entre membros da família, características infantis eliciadoras de abuso e relações conjugais conflituosas. Na comunidade, destacam-se fatores como ausência de suportes formais e informais, desemprego e estresse não controlável. No plano mais geral da sociedade, fator positivo importante é a sanção à punição física como forma de controle do comportamento da criança.

Revisões mais recentes enfatizam, ainda, a preponderância de fatores de risco dentro do ambiente familiar (CICCHETTI, 1996), como relações conjugais instáveis, características parentais como abuso de drogas, psicopatologia, baixos níveis de educação, desemprego, história de maus-tratos durante a infância e pouca habilidade na criação dos filhos. Esse mesmo autor reconhece, porém, que crianças maltratadas crescem, tipicamente, em condições

de pobreza crônica, tornando-se evidente, numa perspectiva sistêmica, a importância de agir sobre os elementos de risco social, tais como altos índices de violência urbana e criminalidade, deficiência (quantitativa e qualitativa) de escolas, aceitação cultural da violência como valor e “*prioridade legal dos direitos dos pais sobre os direitos dos filhos*” (p. 20).

Além desses aspectos, Casas (1998) chama a atenção para a importância da existência de um mínimo apoio social à família, para variáveis da estrutura social que incidem na unidade familiar (pobreza, mães sozinhas, mobilidade social, dentre outros) e, finalmente, para fatores ligados à cultura individualista que reduzem o sentido da responsabilidade comunitária em relação à infância.

Estratégias voltadas para a educação dos pais têm sido desenvolvidas de modo mais compreensivo e sistemático por vários autores. As sugestões de Fried e Holt (1980) são mais atuais do que nunca, no sentido de privilegiar:

- programas voltados para fortalecer os laços de apego, iniciados desde a maternidade e envolvendo a presença do pai na sala de parto, maior similaridade entre a sala de parto e a casa, privacidade para pais e bebês nos primeiros 30-45 minutos de vida, alojamento conjunto mãe-bebê, incentivo ao aleitamento, incentivo ao olhar, estabelecimento de contato visual, conversa com o bebê, toques nele e contatos com eles por períodos mais extensos e visita de irmãos desde a estada no hospital;
- programas de visita a casa, de tal maneira que se forme um laço forte entre os cuidados à saúde no contexto dos serviços e no âmbito da família. É importante realizar aconselhamento aos pais quanto à nutrição, à utilização de recursos da comunidade, aos serviços sociais e aos cuidados médicos. O agente de saúde por vezes assume os papéis de professor, amigo e de ligação na comunidade, o que nunca deve ser exercido de forma ameaçadora;
- programas utilizando meios de comunicação: cartas, vídeos e outros, para informação e formação de atitudes, tratando do cuidado e das necessidades infantis e também de temas como a formação da identidade e da individualidade, e estimulação precoce, apego, independência e disciplina. Para isso, são importantes os centros de apoio como os grupos de mães e outras iniciativas da comunidade.

A atuação direta com a criança

“Onde estava o cinturão? Hoje não posso ouvir uma pessoa falar alto. O coração bate-me forte, desanima, como se fosse parar, a voz emperra, a vista escurece, uma cólera doida agita coisas adormecidas cá dentro” (RAMOS, 2003).

Na atuação junto à criança, é preciso investir em ações psicoterápicas dedicadas à criança especificamente. Em geral, a literatura existente é pobre em relação a esse tema, pois a maioria dos textos dá menor ênfase ao assessoramento direto de necessidades de desenvolvimento e emocionais da criança e muito mais atenção à alteração de seu ambiente – o que se justifica plenamente.

Para esse cuidado direto, deve ser levado em conta que a criança não é um ser passivo: ela elicia respostas nos outros e suas características determinam como seus pais se comportam em relação a ela. Note-se, por exemplo, o fato comum de uma criança em particular ser eleita na família como alvo de abuso, o mesmo não acontecendo com os outros irmãos. Um segundo argumento para acompanhamento direto à criança liga-se à constatação das seqüelas dos abusos, em longo prazo. Oates, Peacock e Forrest (1984) lembram que o dano físico, para o qual geralmente existe e é oferecido tratamento, é a porção menor do problema. Deve-se atentar para a possibilidade de incapacitação provocada por maus-tratos até na vida adulta. Portanto, as que são vítimas e mais vulneráveis requerem avaliações periódicas e acompanhamento em longo prazo, no contexto de um amplo plano de ação, alcançando a atuação dessas crianças enquanto pais.

Alguns dos efeitos dos maus-tratos, em longo prazo, são: atraso na linguagem, déficits intelectuais, problemas comportamentais, distúrbios emocionais, baixa auto-estima, acentuada agressividade e impulsividade. Também podem ocorrer incapacitação neurológica e física permanente. Essas são algumas observações de Oates, Peacock e Forrest (1984), a partir de vasta revisão bibliográfica.

96

A atenção direta à criança requer, logicamente, procedimentos de avaliação – alguns dos quais foram já mencionados quando discutida a identificação do abuso. Para análise específica de seus efeitos, além de dados sobre saúde e desenvolvimento de cada criança especificamente, sua história familiar e das práticas de cuidado, devem ser levados em conta informações sobre a avaliação pediátrica, psiquiátrica, audiométrica, esquelética, psicológica. Importante também é ter em consideração, registros de desempenho escolar, do comportamento relacionado a colegas e professores, especialmente os aspectos ligados ao estado emocional e a problemas de fala (ELMER; GREGG, 1967). Vem ganhando força a convicção de que é preciso avaliar sempre melhor os efeitos dos maus-tratos sobre a criança no sentido de aumentar a efetividade da ajuda específica que possa permitir-lhe superar as adversidades.

Programas especiais de estimulação da linguagem oral e escrita, na escola e na família, podem ser conduzidos para suprir déficits cognitivos e melhorar desempenho acadêmico dessas crianças. Segundo McCaffrey e Tewey (1978), o ambiente escolar é possivelmente o melhor capacitado para promover “oportunidades para interação positiva com pares e experiências positivas com adultos. Isto pode aliviar os sentimentos de isolamento ou inadequação da criança vítima de abuso/negligência” (p. 119). Esses autores defendem igual ênfase na assistência a famílias e à criança.

No ambiente familiar de origem, uma estratégia que tem sido positivamente avaliada, especialmente para crianças muito pequenas, é a de modificar a natureza da relação de apego que a criança estabelece com o abusador, provendo uma figura substituta ou complementar de apego, tal como a avó (EGELAND; SROUFE, 1981).

Acompanhamento específico deve ser dado no caso de adoção de crianças. Esse processo, por vezes, implica em um número elevado de tentativas e transições para a criança (há relatos de casos, na literatura internacional, de até oito tentativas de adoção, sucessivas

e fracassadas). No Brasil, as trajetórias de crianças adotadas precisam ainda ser estudadas de forma mais intensa e sistemática.

Lisboa *et al.* (2002) em estudo sobre *coping* (enfrentamento de dificuldades e risco), no Rio Grande do Sul, concluem que as crianças vítimas de violência doméstica são menos tolerantes às agressões verbais por parte do adulto e utilizam mais freqüentemente a agressão física como estratégia de *coping* quando em conflitos com seus pares e comparadas com as crianças não vítimas de violência doméstica. Foram observadas diferenças de gênero nas estratégias para lidar com o problema. As meninas demonstram inação quando estão com problemas com seus professores e mostram-se incomodadas quando sofrem agressões verbais por parte deles. Apesar de haver diferenças quanto à manifestação do enfrentamento de dificuldades por parte das crianças vítimas de violência e de crianças não vítimas, as autoras observaram que, independente do sexo e das condições de risco presentes no contexto, quando as crianças percebem atos de violência (mesmo quando não os sofram diretamente), experimentam um sentimento desagradável.

Pode-se supor que a ajuda para que a criança aprenda e utilize adequadamente habilidades de *coping* deveria ocupar um lugar na reabilitação após experiência de abuso. Diferentes áreas de competência poderiam servir como recursos básicos de *coping*:

personalidade (fatores como auto-estima e motivação para realização; sensibilidade e percepção social, moralidade (fatores como altruísmo e auto-controle); habilidades motoras-perceptuais, atenção, capacidade cognitiva-linguística (fatores variando de conservação a habilidades matemáticas e criatividade), motivação e humor (PETERSON, 1989, p. 381).

A literatura sobre efeitos do abuso no desenvolvimento infantil indica ampla evidência de comprometimento em todas essas áreas, evidenciando o quão diversificado deva ser o plano terapêutico para crianças vítimas de abuso e negligência. Experiência pioneira e igualmente relevante de pesquisa, estudo e formação de profissionais, nos problemas citados acima e no que se refere à atenção psicossocial, vem sendo acumulada pelo grupo liderado pelas doutoras Maria Amélia Azevedo e Viviane Guerra, no Laboratório de Estudos da Criança (Lacri) do Hospital das Clínicas da USP (GUERRA, 2001)³.

Levando-se em conta a realidade de crianças brasileiras vítimas de abuso, além da família e da escola, a rua também precisa ser pensada como local privilegiado para intervenção. Sabe-se que muitas vezes a rua é a válvula de escape da violência familiar, essa podendo ser considerada o elo inicial de uma cadeia que continua, por vezes, na própria rua, nas intervenções da polícia ou pelas mãos de grupos de extermínio. Nesse sentido, são de grande importância as ações desenvolvidas por instituições governamentais e não-governamentais de proteção à infância nesse espaço. Estudos relevantes nessa área vêm sendo desenvolvidos pelo Centro de Estudos Psicológicos de Meninos e Meninas de Rua (CEP-RUA), coordenado pela Dra. Sílvia Koller, na Universidade Federal do Rio Grande

³ http://www.psicologia.ufrgs.br/cep_ua.
www.usp.br/ip/laboratorios/lacri/

do Sul. O CEP-RUA tem sido referência também pela experiência de trabalho intersetorial que desenvolve.

É indiscutível a necessidade de promover a família, seu desenvolvimento e sua saúde como a melhor forma de intervenção. Sobre a adequada forma de atuar, se refere Casas (1998) dizendo que ela deve permitir ao sistema familiar utilizar seus próprios recursos para superar sua crise, possibilitando, o quanto antes, desenvolver sua autonomia, de forma que as pessoas recuperem a confiança em suas próprias capacidades para superar as adversidades e se tornarem independentes. Esse autor acata, ainda, a distinção entre intervenções de primeira e de segunda ordem. As de primeira ordem exigem uma resposta imediata, constituem uma inicial ajuda psicológica ou emocional, que pode ser dada por qualquer pessoa que seja uma testemunha próxima da crise. O enfoque proposto diz respeito à formação necessária a qualquer profissional que lida com a questão: trabalhadores sociais, advogados, policiais, profissionais de saúde, dentre outros. No entanto, as condutas de ajuda profissional não se limitam à intervenção nos momentos de crise e devem contar com marcos teóricos de diferentes paradigmas psicológicos e psicossociais (CASAS, 1998).

98

A intervenção de segunda ordem é reservada a profissionais especializados: terapeutas individuais ou de família. No contexto da intervenção de segunda ordem, configura-se uma relação de ajuda (tanto para a vítima quanto para o agressor), em que são necessárias as seguintes habilidades: (a) estar atento (atender) e escutar: “*atender significa estar ativamente com quem necessita ajuda*”, essa habilidade implica condutas verbais e não verbais e também uma presença emocional; (b) empatizar e indagar: “*empatizar relaciona-se com a busca das mensagens chave de quem pede ajuda, e com o compreender o contexto das mensagens, não apenas das palavras*” e indagar: “*animar a falar e clarificar as mensagens emitidas por quem busca ajuda*” (CASAS, 1998, p. 122). Passos necessários:

- ajudar a quem busca ajuda para contar sua história;
- ajudá-lo a desafiar a si mesmo, especialmente a que aceite seu problema e que admita que deve ter solução para sua aflição;
- ajudá-lo a que trabalhe na direção apropriada;
- ajudá-lo a descobrir o que quer e de que necessita;
- ajudá-lo a que assuma opções e compromissos.

A atuação pelos serviços e pela comunidade

Em países onde é bem maior e mais consistente o grau de organização da sociedade civil, já se pode relatar de maneira sistemática o envolvimento de agentes de organizações governamentais e não-governamentais na prevenção e reabilitação em abuso infantil, seja por meio de recursos, especialmente financeiros, colocados à disposição das famílias onde ocorre abuso, seja pelo engajamento em procedimentos específicos.

O primeiro nível a se considerar é o do envolvimento imediato de profissionais já situados na própria comunidade (assistentes sociais, professores) com uma história prévia de relacionamento com a família, capazes do necessário engajamento antes, durante e depois da ocorrência de abuso. Instituições formais também são importantes, especialmente as que cuidam diretamente da criança, como o caso da escola. Profissionais que atuam na rede básica são essenciais nesse processo, desde que priorizem um trabalho efetivo de atenção integral à saúde das famílias. No âmbito do setor público de saúde, embora ainda haja um longo caminho a ser percorrido, há algumas iniciativas voltadas para a superação da violência como se pode constatar nos vários exemplos oferecidos por este livro.

O Ministério da Saúde, em sua Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (2001), baseia-se nos princípios da saúde como direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico; no direito e no respeito à vida como valores éticos da cultura e da saúde; e na promoção da saúde como fundamento de planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes. Toma como estratégias básicas: a intersectorialidade das medidas e o fortalecimento da ação comunitária. E define diretrizes para o setor saúde, identificando responsabilidades institucionais na abordagem das questões, priorizando as medidas preventivas, como orienta o documento de Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, mencionado em diversos momentos neste livro. Tomam-se aqui dois exemplos de formas de implementação das diretrizes do setor Saúde. O primeiro apresenta problemas estruturais e práticos. O segundo tenta aplicar, o mais completamente possível, a proposta de atenção específica e de intersectorialidade.

O primeiro diz respeito à prevenção de acidentes e violência contra crianças e adolescentes na cidade de Fortaleza. A caracterização das ações desenvolvidas pelo setor público de saúde indica: uma intervenção limitada a casos pontuais; sem sistematização dos atendimentos e encaminhamentos; as ações privilegiam campanhas, tendo como foco principal a educação em saúde voltada para a prevenção do uso de substâncias psicoativas, violência e acidentes domésticos e conflitos com a lei; a atuação não prevê parcerias com outros setores para a realização de atividades. As autoras propõem que o setor Saúde incorpore a prevenção à violência contra essa parcela da população em um esforço integrado por parte de vários setores a fim de atuar também ao nível da formulação de políticas (PORDEUS; FRAGA; FACÓ, 2003).

O segundo é o da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência, organizada pela Prefeitura Municipal de Curitiba, que desenvolve uma experiência voltada para a atenção a distintas formas de violências. Atende, sobretudo, às vítimas de agressão física, às crianças retiradas ou expulsas de casa, as que sofrem abandono. As informações sistematizadas permitem constatar que, para a maioria dos casos atendidos, os agressores são as mães, seguidas pelos pais e padrastos. O perfil do agressor é: a mulher ou o homem de baixa idade, originários de famílias com conflitos constantes ou história de violência, tendo sido maltratados quando crianças; demonstrando baixa tolerância em re-

lação às ações próprias da infância e muitos apresentam distúrbios de comportamento ou mentais. A agressão física, para esses sujeitos, torna-se meio de controlar, manter e exercer seu poder sobre os membros mais frágeis na família.

A Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência de Curitiba tem produzido documentos para orientar o profissional a reconhecer os sinais dos maus-tratos, mesmo entendendo que existem dificuldades no diagnóstico preciso. Por isso, é ensinada a forma de atuar até os mínimos detalhes, como: as habilidades típicas da idade do bebê, como o rolar ou o engatinhar e os tipos de fratura que poderiam ser atribuídas pelos adultos que cuidam; em crianças mais velhas: lesões cutâneas, esfoliações da pele, passíveis de ocorrência espontânea apenas em acidentes nos quais o corpo estaria em movimento, como acidentes de carro; lesões ou hematomas que se sobrepõem ou com indícios de episódios ocorridos há vários dias. Os profissionais são orientados a avaliar o nível de gravidade da situação: risco leve, moderado ou grave para a vítima, tipo de agressão, agressor e família, seguindo uma escala de pontuação de 1 a 12, incluindo os níveis leve, moderado e grave, a orientar os pais e a procurar órgãos de proteção indicados de acordo com as características de cada caso e as possíveis medidas de proteção.

100

A Rede é composta pelos seguintes componentes: assistência à saúde realizada pela unidade de saúde de referência; escolas, creches, abrigos e demais programas; SOS criança e Conselho Tutelar. Os dois últimos são responsáveis por receber notificações das demais instituições e pelas medidas legais necessárias após avaliação técnica dos casos, cabendo ao Conselho Tutelar sua aplicação segundo os artigos do ECA. Os procedimentos para acolhimento e atendimento às vítimas de violência são baseados na observação e na notificação dos casos, na orientação dos pais e no encaminhamento a grupo preventivo ou terapêutico, na avaliação de encaminhamento da vítima e do agressor ao serviço de saúde mental, assim como na hospitalização nos casos moderados e graves como medida de prevenção de reincidência (REDE, 2002).

A atuação em nível dos sistemas político, jurídico e de formação da consciência social

No horizonte dos objetivos gerais da prevenção primária de abuso à criança é importante estabelecer intervenções que instalem competências, recursos e habilidades de *coping* , tais como: programas de educação de pais em hospitais e comunidade; intervenções que previnam o início do comportamento abusivo, tais como campanhas por meio da mídia, orientação para situações de crise e incremento dos suportes sociais disponíveis na comunidade. São fundamentais intervenções que visem à proteção de pessoas vulneráveis, especialmente, durante períodos de transição e estresse, incluindo-se programas que facilitem o vínculo pais-filho, visitas de agentes de saúde e ajuda aos pais (ROSENBERG; REPUCCI, 1985).

O nível de atuação direta da prevenção primária inclui todas as ações para garantir à proteção da criança. No Brasil, os avanços constitucionais que se expressam no Estatuto da Criança e do Adolescente podem representar, se não garantias de fato de solução do problema, um reconhecimento público de sua gravidade e alguma evolução da consciência social a respeito. É generalizada a dificuldade que as sociedades humanas têm de reconhecer as expressões de sua própria agressividade. A história tão recente da ação organizada contra a violência à criança é um sintoma disso. No entanto, a clara tomada de consciência do problema que se verificou no Brasil a partir do ECA e as experiências que começaram a ser desenvolvidas de modo mais sistemático, especialmente as que inserem a atenção psicossocial em um contexto interdisciplinar e intersetorial, representam, contudo, iniciativas que levam a ter esperança na construção de uma efetiva proteção à infância e à adolescência.

Referências bibliográficas

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu, 1989.

BELSKY, J. Child maltreatment - an ecological integration. *American Psychologist*, v. 35, n. 4, p. 320-335, 1980.

BHAGHWATI, P. N. Democratização de soluções e acesso à Justiça. In: 1.º FÓRUM MUNDIAL DE JUÍZES. Porto Alegre: [s.n.], 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 114 p. (Série E. Legislação de Saúde). ISBN 85-334-0761-0.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Secretaria de Políticas de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 4, 2000.

BUGENTAL, D. B., BLUE, J.; LEWIS, J. Caregiver beliefs and dysphoric affect directed to difficult children. *Developmental Psychology*, v. 26, n. 4, p. 631-638, 1990.

CASAS, F. *Infancia: perspectivas psicosociales*. Barcelona: Paidós, 1998.

CHAVES, A. M. Famílias de meninos pobres abrigados na Casa Pia e Colégio dos Órfãos de São Joaquim (1825 a 1922). *Interfaces, Revista de Psicologia*, 1999.

CICCHETTI, N. F. Child Maltreatment: implications for developmental theory and research. *Human Development*, v. 39, n. 1, p. 18-39, 1996.

DE ANTONI, C.; KOLLER, S. H. O psicólogo ecológico e no contexto institucional: uma experiência com meninas vítimas de violência. *Psicologia, Ciência e Profissão*. v. 21, n. 1, 2001.

DIAMOND, L. J.; JAUDES, P. K. Child abuse in a cerebral-falsied population. *Child Neurology*, 25, p. 169-174, 1983.

EGELAND, B.; SROUFE, L. A. Attachment and early maltreatment. *Child Development*, v. 52, p. 44-52, 1983.

ELMER, E.; GREGG, G. S. Developmental characteristics of abuses children. *Pediatrics*, v. 40, n. 4, p. 592-602, 1967.

EMERY, R. E. Family Violence. *American Psychologist*, v. 44, n. 2, p. 321-328, 1989.

FELIZARDO, D.; ZÜRCHER, E.; MELO, K. *De medo e sombra: abuso sexual contra crianças e adolescentes*. Natal: A. S., 2003.

FRIED, S.; HOLT, P. Parent education: one strategy for the prevention of child abuse. *Handbook on Parent Education*. New York, Academic Press, 1980.

GUERRA, V. *Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada*. São Paulo: Cortez, 2001.

HENSEY, O. J.; WILLIAMS, J. K.; ROSENBLOOM, L. Intervention in child abuse: experience in Liverpool. *Developmental Medicine and Child Neurology*, v. 25, p. 606-611, 1983.

LISBOA, C. et al. Estratégias de ‘coping’ de crianças vítimas e não vítimas de violência doméstica. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, v. 15, n. 2, p. 345-362, 2002.

McCAFFREY, M.; TEWEY, S. Preparing educators to participate in the community response to child abuse and neglect. *Exceptional Children*, p. 114-122, Oct. 1978.

MEYER, M. P. S. *Violência contra a criança: uma questão social emergente*. Dissertação (Mestrado)– Faculdade de Serviço Social, PUC, Rio Grande do Sul, 1988.

OATES, R. K.; PEACOCK, A.; FORREST, D. The development of abused children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, v. 26, p. 649-656, 1984.

OLIVEIRA, E. A. et al. Estilos parentais autoritário e democrático-recíproco intergeracionais, conflito conjugal e comportamentos de externalização e internalização. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 15, n. 1, p. 1-11, 2002.

PETERSON, L. Coping by children undergoing stressful medical procedures: some conceptual, methodological and therapeutic issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 57, n. 3, p. 386-387, 1989.

PORDEUS, A. M. J.; FRAGA, M. N. O.; FACÓ, T. P. P. Ações de prevenção dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, 2003.

QUINTON, D.; RUTTER, M. Parents with children care II – Intergenerational continuities. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, v. 25, n. 2, p. 231-250, 1984.

RAMOS, G. *Infância*. 37. ed. Rio de Janeiro: Record, 2003. Comemorativa pelos 50 anos de morte do escritor Graciliano Ramos.

REDE de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência. *Manual de atendimento*. Curitiba: [s.n.], 2002.

ROSENBERG, M. S.; REPPUCCI, N. D. Primary prevention of child abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 53, n. 5, p. 576-585, 1985.

SIEGEL, E. et al. Hospital and home support during infancy: impact on maternal attachment, child abuse and neglect, and health care utilization. *Pediatrics*, v. 66, n. 2, 1980.

SPINETTA, J. J. Parental personality factors in child abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, v. 46, n. 6, p. 1.409-1.414, 1978.

TAUSSING, H. N. Risk behaviors in maltreated youth placed in foster care: a longitudinal study of protective and vulnerability factors. *Child Abuse & Neglect*, v. 26, p. 1.179-1.199, 2002.

WIDOM, C. S. Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, v. 106, n. 1, p. 3-28, 1989.



CAPÍTULO IX

Violência de Gênero

Iolanda Guimarães¹

Introdução

O século XX foi um marco na história da consciência humana. Entrou para a história como o século das conquistas dos direitos humanos, principalmente a partir da década de 40, período em que se estabeleceu, com a adoção de convenções internacionais, políticas e diretrizes que definiram um conjunto de direitos humanos mínimos para uma sobrevivência digna e decente entre os habitantes do planeta.

O Brasil é signatário dos mais importantes tratados e conferências internacionais que estabelecem marcos legais para o avanço dos direitos humanos e dos direitos da mulher. Dentre esses, podem se destacar: a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948; a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher da ONU (CEDAW), ratificada em 1984. Para garantir a utilização da CEDAW, foi elaborado outro tratado, ratificado em 2002, que é o Protocolo Facultativo à CEDAW. Citam-se ainda a Conferência Mundial de Direitos Humanos, (Viena, 1993); a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994); a 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995). O Brasil sediou a Conferência Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Belém – PA, 1994), ratificada em 27 de novembro de 1995. Esses tratados e conferências representam um avanço dos direitos coletivos e individuais da mulher em sua vida reprodutiva e em situação de sofrimento por violência. Os países signatários se comprometeram a proteger e a garantir os direitos estabelecidos e conquistados e a agir efetivamente assegurando-os.

Especificamente, na Convenção de Belém, os estados partes reconhecem que a violência contra a mulher anula o exercício pleno de cidadania, sendo, portanto, uma violação dos direitos humanos e dos direitos fundamentais. Então, é dever do Estado Brasileiro assistir às mulheres e meninas vítimas de violência e garantir-lhes o livre exercício de seus direitos humanos. E promover os direitos humanos é uma forma de fazer valer a garantia de uma assistência de qualidade à saúde.

É nesse contexto que o Ministério da Saúde vem, ao longo dos últimos anos, implementando políticas e normatizando ações de prevenção e tratamento dos agravos decorrentes da violência contra as mulheres, principalmente as violências familiar e sexual, uma vez que são agravos de alta frequência e que causam sérias repercussões ao estado físico, psíquico e social, sendo determinantes no processo de saúde e adoecimento das pessoas.

Em 1999, o Ministério da Saúde publicou a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes com objeti-

¹ Técnica do Ministério da Saúde, assistente social especialista em Saúde Coletiva-Educação em Saúde – Universidade de Brasília (UnB).

vo de subsidiar os profissionais que prestam assistência às mulheres vítimas na adoção de medidas que minimizem seu sofrimento emocional e evitem outros agravos. Na área da violência contra a mulher, trabalha-se, portanto, com a perspectiva de que as mudanças em curso, fruto da ação cotidiana de todos aqueles que são contrários à violência, avancem na direção de um novo padrão de relacionamento entre homens e mulheres, em que a solidariedade e o respeito mútuos constituam as bases da comunicação afetiva e amorosa.

Violência de gênero e o impacto na saúde da mulher

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Belém do Pará) assim definiu violência contra a mulher em seu capítulo I, art. 1.º: *“Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher tanto na esfera pública como na esfera privada”*.

A constatação é que meninas e mulheres são vítimas de atos nocivos à sua integralidade física e mental, apenas pelo fato de pertencerem ao sexo feminino. Isso provoca a falsa idéia de inferioridade, que tem como parâmetro, a concepção de mundo sob a ótica masculina de superioridade.

106

A violência contra a mulher tem natureza e padrões que a diferenciam de outras violências interpessoais. Por exemplo, a violência sofrida pelo homem é em sua grande maioria cometida por pessoas estranhas ou pouco conhecidas, enquanto as mulheres e meninas têm maior probabilidade (e é o que realmente acontece demonstrado por inúmeras pesquisas) de serem vítimas de pessoas do convívio familiar, sejam marido, pai, padrasto, tios, primos e outros.

Ainda em dias atuais, convive-se com atos, crenças e instituições sociais que legitimam e perpetuam os vários tipos de abuso que incluem as agressões físicas, sexuais, psicológicas e econômicas. A saúde reprodutiva da mulher é amplamente afetada pela condição da situação da violência sofrida. A incapacidade de negociação para uso de preservativo e de outros métodos contraceptivos aumenta o risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis ou HIV e gravidez indesejada. Em longo prazo, a mulher vítima de violências costuma apresentar problemas de saúde, incluindo dores crônicas, incapacidade física, abuso de drogas, álcool e depressão.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) coordenou, em oito países, uma pesquisa sobre o impacto da violência física e sexual contra a mulher e seu impacto sobre a saúde. Em todos os países, foram selecionadas uma grande cidade e uma região de características rurais. No Brasil, a pesquisa foi conduzida pelo Departamento de Medicina Preventiva, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. A cidade de São Paulo e a Zona da Mata de Pernambuco foram as duas regiões selecionadas para aplicação da pesquisa.

A pesquisa revela que as mulheres que sofrem violência física ou sexual apresentam mais problemas de saúde do que as mulheres sem história de violência. A tentativa de suicídio é

de duas a três vezes maior entre as mulheres que sofrem violência física ou sexual. Cerca de 40% das entrevistadas em São Paulo e 37% na Zona da Mata sofreram lesões, como cortes, perfurações, mordidas, contusões, esfolamentos, fraturas, dentes quebrados, dentre outras. Dentre elas, 36% ficaram tão machucadas que necessitaram de assistência médica. E 22% em São Paulo e 20% na Zona da Mata disseram haver passado uma noite no hospital por terem sofrido trauma físico.

A pesquisa da OMS apurou ainda os serviços mais procurados pelas mulheres para obter ajuda. Em São Paulo, foram: delegacia de polícia (18%), hospitais ou centros de saúde (16%), líderes religiosos (15%), serviços jurídicos e advogados (15%), Delegacia de Defesa da Mulher (14%) e Tribunal/Juizado (12%). Na Zona da Mata, os serviços mais procurados foram: hospitais ou centros de saúde (11%), delegacias (10%) e líderes religiosos (5%).

Como se pode constatar, uma vez sensibilizados e capacitados, os profissionais de saúde possuem uma posição estratégica para detectar casos de violência. Nesse sentido, é primordial que se sintam fortalecidos e possam contar com apoio de uma rede de supervisão e de assessoria, para que possam fazer, devidamente, os encaminhamentos dos casos de mulheres vítimas.

A seguir, alguns sinais de alerta que podem denotar situações de violência.

1. Violência doméstica:

- queixas crônicas, porém, vagas, sem nenhuma causa física óbvia;
- ferimentos que não condizem com a explicação de como ocorreram;
- parceiros que observam excessivamente ou controlam os movimentos da mulher com muita insistência ou que não se afastam da mulher;
- ferimentos físicos durante a gravidez;
- demora para iniciar o atendimento de pré-natal;
- histórico de tentativa ou tendência ao suicídio;
- demora em buscar tratamento para ferimentos sofridos;
- apresentação de infecção do trato urinário;
- síndrome da irritação crônica do intestino; e
- dor pélvica crônica.

2. Abuso sexual

- gravidez de mulheres solteiras com menos de 14 anos;
- infecções sexualmente transmitidas a crianças ou meninas;
- prurido ou sangramento vaginal;
- evacuação dolorosa ou dor ao urinar;

- dor pélvica ou abdominal;
- problemas sexuais e perda de prazer na relação;
- vaginismo (espasmos de músculo ao redor da abertura da vagina);
- ansiedade, depressão, comportamento autodestrutivo;
- problemas de sono;
- histórico de sintomas físicos crônicos inexplicáveis; e
- dificuldade ou recusa em fazer exames pélvicos².

O que se pode fazer para promover relacionamentos não-violentos:

- manter-se informada sobre abuso físico sexual e emocional;
- discutir abertamente seus próprios preconceitos, medos e opiniões tendenciosos;
- oferecer um atendimento às vítimas que lhes proporcione apoio e não julgamento de valores;
- estabelecer diretrizes e procedimentos para perguntar às mulheres e meninas sobre o abuso;
- estabelecer protocolos de atendimento e fluxo de serviços que compõem a rede; e
- oferecer condições às mulheres que desejam formar grupos de suporte³.

108

A violência é um fenômeno multifacetado que extrapola o setor Saúde, exigindo dos gestores capacidade para estabelecer parcerias com outros setores que tenham um fim em comum. Para um enfrentamento mais efetivo da violência contra as mulheres e meninas, a organização de serviços deve buscar estratégias de construção de rede social de proteção – “entendida como atuação articulada entre diversas instituições, organizações e grupos que já realizam ou possam realizar ações voltadas para erradicação do problema.”⁴. É de suma importância, para a qualidade do atendimento, um compromisso firme e estratégias bem definidas entre os diferentes atores sociais que integram a rede. Eis alguns exemplos de instituições que podem integrar a rede social de proteção às mulheres e meninas em situação de violência:

- serviços de saúde (hospitais, unidades básicas de saúde, pronto-socorro e outros);
- conselhos tutelares;
- centros de referência de natureza multidisciplinar: assistência social, jurídica e psicológica;

² Fonte: *Population Report*. 1988.

³ Fonte: *Population Report*, 1999.

⁴ *VEM pra roda! Vem pra rede: guia de apoio à construção de redes de serviços para enfrentamento da violência contra a mulher*. São Paulo: Rede Mulher de Educação (RME), [20 - -?].

- casas de abrigo;
- delegacias de polícia;
- polícia militar;
- Ministério Público;
- Instituto de Medicina Legal.

Nenhuma mulher merece ser espancada, sofrer abusos sexuais ou padecer de sofrimentos emocionais. Portanto, deve ser compromisso dos profissionais de saúde estimular a cultura de respeito entre casais, entre homens e mulheres, promover a saúde coletiva e buscar a paz num planeta saudável e feliz.

Referências bibliográficas

CENTER FOR HEALTH AND GENDER E EQUITY E FAMILY VIOLENCE PREVENTION FUND. *Population Report*. 1988.

_____. *Population Report*. 1988.

D'OLIEVIRA, Ana Flávia P. L.; SCHRAIBER, Lilia B. (Coord.). *O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica?* São Paulo: Faculdade de Medicina USP; Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde; Departamento de Medicina Preventiva, [20 - -].

_____; SCHRAIBER, Lilia B. (Coord.). *Violência contra a mulher e saúde no Brasil*. Grupo brasileiro do WHO multi-country study on women's: health and domestic violence against women. *Population Reports: Temas Mundiais de Saúde*, v. 27, n. 4, dez. 1999.

REDE de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência. *Manual de atendimento*. Curitiba: [s.n.], 2002.

VEM pra roda! Vem pra rede: guia de apoio à construção de redes de serviços para enfrentamento da violência contra a mulher. São Paulo: Rede Mulher de Educação (RME), [20 - -?].



CAPÍTULO X

O Trabalho Infantil Doméstico como Violência

Maria da Graça Luderitz Hoefel¹
Suyanna Linhales Barker²

Introdução

Este capítulo tem por objetivo articular a problemática do trabalho infanto-juvenil com a violência sofrida por crianças e adolescentes do sexo feminino. Estas duas questões, trabalho e violência, nem sempre estiveram juntas na abordagem dos problemas de saúde e de garantia dos direitos da população infanto-juvenil feminina. Para realizar tal articulação, usa-se o arcabouço teórico da saúde pública, que vem, ao longo dos últimos anos, definindo a importância da investigação sobre violência e os estudos sobre saúde e trabalho de mulheres e crianças no âmbito da temática saúde do trabalhador.

Ao listar os novos significados das expressões de violência na atualidade, o sociólogo Michel Wieviorka aponta para o impacto da reestruturação produtiva e o declínio do movimento operário na produção de acontecimentos violentos. Segundo este autor:

Não é mais a luta contra a exploração, a sublevação contra um adversário que mantém com os atores uma relação de dominação, e sim a não-relação social, a ausência de relação conflitual, a exclusão social, eventualmente carregada de desprezo cultural ou racial, que alimentam hoje em toda parte do mundo, inclusive na Europa Ocidental, condutas amotinadoras ou uma violência social mais difusa, fruto da raiva e das frustrações. Nesse contexto, a violência não é somente um conjunto de práticas objetivas: ela é também uma representação, um predicado que, por exemplo, grupos, entre os mais abastados, atribuem eventualmente, e de maneira mais ou menos fantasmática, a outros grupos, geralmente entre os mais despossuídos (WIEVIORKA, 1997, p. 7).

O trabalho de redimensionamento do conceito de violência para localizá-lo no contexto da globalização (WIEVIORKA, 1997) ajuda a ampliá-lo para além de descrições de distúrbios de comportamento ou conflitos de exploração social. Pois é na combinação de necessidades locais com os impactos do mundo globalizado que muitos dos acontecimentos de violência se ocorrem na atualidade.

No que tange à violência sofrida por crianças e adolescentes, vale ressaltar que esse não é um fenômeno do mundo contemporâneo. Conta Assis (1999) que desde a Antiguidade, passando por todas as épocas da história da humanidade, encontram-se descrições de situações de crueldade, abuso físico, emocional e social. Entretanto, para cada momento histó-

¹ Doutora em Sociologia, mestre em Educação, médica do trabalho e sanitarista, assessora técnica da Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde.

² Doutoranda do Centro de Estudos sobre Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) da Fiocruz, mestre em Psicologia Sociocultural pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), psicóloga do Programa de Saúde do Trabalhador Adolescente do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Uerj.

rico, tanto o sentido de infância como o de violência é produzido de forma distinta: se na Antiguidade estava relacionado ao patriarcado, na Idade Média articulou-se aos problemas de saúde, e na Idade Moderna, à industrialização e à modificação do papel das mulheres na sociedade. No século XX, o arcabouço dos direitos individuais, sociais e específicos (o ECA) e os conhecimentos científicos sobre o crescimento e o desenvolvimento humano marcam a consciência dos fenômenos que conformam a violência contra crianças e adolescentes, inclusive, sua inserção precoce no mundo do trabalho.

Na atualidade, a infância é pensada como o período do desenvolvimento humano que requer especial atenção dos adultos no sentido de preservar e cuidar para que seja satisfatório e saudável. Na área da saúde pública, busca-se aperfeiçoar e adequar as argumentações sobre como criar e educar as crianças para que essas cresçam e se desenvolvam plenamente (ROSEN, 1983), quase sempre marcadas pelos conceitos biomédicos.

Segundo Minayo (2000), só a partir dos anos 60 e 70, nos países da América Latina, acontece “*um grande esforço teórico-metodológico para compreender a saúde como uma questão complexa, resultante de determinações e condicionamentos sociais*”. Entretanto, houve uma enorme resistência para se incluir na pauta sanitária o tema da violência. Esse cenário foi se modificando a partir da maior inserção da pediatria e sua preocupação com crianças vítimas de violência, e pelo movimento feminista, que redimensionou o sentido da saúde da mulher, considerando questões de saúde pública, acontecimentos como a violência doméstica, o abuso sexual e psicológico e as mutilações sofridas pelas mulheres (MINAYO, 2000).

112

Esse mesmo movimento feminista discute também a saúde da mulher trabalhadora, impactando outra área da saúde pública: a de saúde do trabalhador. Dupla jornada de trabalho, cansaço, competição, estresse, doença osteomuscular relacionada ao trabalho (Dort), assédio sexual, diminuição da libido, dentre outras, são algumas das queixas ou sintomas associados aos problemas que apresentam as mulheres que trabalham fora de casa (GIFFIN, 2002).

Toda essa produção feminista do final do século XX possibilitou a entrada definitiva das mulheres no mundo político e econômico. Inúmeras foram as conquistas, dentre elas, as relativas aos direitos reprodutivos, aos direitos políticos, ao acesso à educação e à profissionalização. Junto com esses ganhos (BRITO, 2000), a família, apesar de ainda ser *locus* de reprodução, não é mais pensada apenas para tal fim. As políticas de controle populacional influíram nos níveis de fecundidade confundindo-se com a mobilização pelos direitos reprodutivos. O fim de postos de trabalho provocados pela alta tecnologia desafia posições masculinas corroborando para a incidência da violência contra mulher dentro de suas próprias casas. E muitas passam a ser empurradas para o mercado de trabalho, tendo filhos pequenos para criar, freqüentemente sem companheiros e sem o apoio da política de seguridade social.

Segundo Bruschini (2000) e Lavinias (2000), a participação feminina na população economicamente ativa aumentou 65% no período compreendido entre os anos de 1985 e 1995. Houve um aumento também da taxa de atividade feminina, nesse mesmo período, nas fai-

xas etárias de 10 a 14 anos, passando de 12,2% para 14,4%; de 15 a 19 anos, de 41,7% para 44,1% e, de 20 a 24 anos, em que há um salto ainda maior, variando de 50,1% para 60,6% (BRUSCHINI, 2000). Muitas meninas de 10 a 17 anos fazem parte do enorme contingente de crianças trabalhadoras. Dados do IBGE (2000) apontam que 7,4% da população economicamente ativa do País são crianças e adolescentes, totalizando-se 5,6 milhões de brasileiros de 10 a 17 anos de idade. A incidência maior de trabalho concentra-se nos grupos de 15 a 17 anos (IBGE, 2000).

O contexto descrito dá respaldo para pensar a questão concreta do trabalho doméstico como exemplo das formas de violência de gênero na atualidade.

O trabalho infantil doméstico

Segundo dados da Organização Internacional do Trabalho (2003), existem no Brasil aproximadamente 502.000 crianças e adolescentes envolvidos com o trabalho doméstico. Desse contingente, 93% são do sexo feminino e 83% delas têm mães que desenvolvem atividades de trabalho como doméstica, demonstrando a circularidade geracional e de gênero inerente a esse tipo de atividade. Apesar dos dados apontarem que 96% das crianças e adolescentes trabalhadoras domésticas sabem ler e escrever, 74% delas estão estudando de forma irregular, com alto índice de atraso escolar, o que aponta para uma possível dificuldade de ascensão social e de sua profissionalização.

Além de terem suas possíveis carreiras acadêmicas prejudicadas, 72% das meninas desconhecem seus direitos fundamentais e trabalhistas, vivendo, em sua maioria, situações de trabalho que violam os direitos garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. Essa lei de proteção integral proíbe qualquer trabalho para crianças menores de 14 anos, só admitindo o trabalho de adolescentes entre 14 e 15 anos na condição de aprendiz e, entre 16 e 18 anos, com todos os direitos trabalhistas garantidos e protegidos do trabalho perigoso, insalubre, penoso e noturno.

Como exemplo das violações que ocorrem de forma naturalizada na sociedade brasileira, 55,5% dessas meninas não têm direito a férias; 64% delas recebem menos que um salário mínimo e trabalham mais de 40 horas semanais (OIT, 2003).

Essas precárias condições de trabalho refletem na qualidade de vida e saúde dessas meninas. O referido estudo da OIT ressalta que 21% delas apresentam algum sintoma ou problema de saúde relacionado ao trabalho e 14,9% já haviam sofrido acidente de trabalho. Dentre os sintomas relatados pelas crianças, são citados irritabilidade, tristeza, solidão e cansaço, especialmente por parte das que dormem no local do trabalho, tendo seu âmbito de convivência reduzido e sendo privadas do contato com amigos e parentes (OIT, 2003). Outro estudo (SANTANA *et al.*, 2003) que relacionou serviço doméstico e acidentes de trabalho não fatais também aferiu a maior vulnerabilidade de crianças e adolescentes desenvolvendo atividades domésticas para se acidentarem. Em sua discussão, Santana *et al.* (2003) também fazem as seguintes considerações:

O emprego em atividade doméstica, além de ser a principal ocupação entre as mulheres, é também um meio freqüente de entrada de crianças e adolescentes do sexo feminino no mercado de trabalho [...], e resulta possivelmente da pouca ou nenhuma exigência de qualificação profissional formal por parte dos empregadores – famílias de praticamente todas as classes sociais – e do aprendizado ‘natural’, no âmbito da própria família, no desempenho de atividades da rotina doméstica (SANTANA *et al.*, 2003, p. 72).

Portanto há que se enfatizar os efeitos do trabalho precoce para a saúde das meninas e adolescentes do sexo feminino, em especial do trabalho doméstico. Estudos (MESSING, 2000; BRITO, 2000) apontam que o trabalho desenvolvido por mulheres é de difícil mensuração, pois está associado a um modelo de divisão sexual do trabalho em que a mulher é responsável pelas tarefas de reprodução da unidade familiar. Essas tarefas nem sempre são entendidas como trabalho. O aprendizado do ofício se dá desde a tenra idade e não é considerado nem como trabalho nem como capacitação profissional. Segundo o estudo das dimensões culturais do trabalho infantil feminino no Brasil realizado por Heilborn (2000, p. 27):

Lavar, passar, tomar conta de crianças menores, limpar e arrumar a casa, esquentar refeições e, mais raramente cozinhar, são atividades regulares para as meninas desde os cinco anos de idade. A cozinha detém, entre as atividades domésticas, um lugar privilegiado, cuja ocupação está destinada à figura de autoridade, freqüentemente a mãe, ainda quando ela trabalha fora.

A experiência sociocultural que a maioria das meninas vivencia produz um sentido de qualidades naturais a estas habilidades aprendidas no âmbito da família. Essa naturalização associada ao fato do trabalho doméstico em geral não ser entendido como trabalho, na medida em que não produz materialidades, amplia o sentido de tarefa desvalorizada e de baixo valor social. Meninas que crescem executando tarefas que nem elas mesmas valorizam estão mais vulneráveis a experimentar situações de assédio moral (HIRIGOYEN, 2001), em que cada crítica ou humilhação é percebida como fato inerente a uma tarefa ou habilidade tão subalterna.

Essa realidade de trabalho, marcada pela subalternidade, exploração, assédio sexual e moral, dificulta o entendimento das meninas como sendo, elas mesmas, sujeitos sociais com direitos garantidos. Nesse mesmo sentido, essa realidade dificulta que as meninas se percebam como trabalhadoras, tendo orgulho de suas capacidades e habilidades e aspirando oportunidades para galgar outros patamares profissionais. Essas seqüelas biopsicossociais precisam ser entendidas no âmbito da saúde pública e incorporadas como problemas a serem enfrentados nas ações de promoção da saúde, tanto para a prevenção da violência como para a efetivação de ações no campo de saúde do trabalhador.

O enfrentamento do trabalho infantil doméstico

Apesar de existirem iniciativas de enfrentamento da problemática do trabalho infantil doméstico no Brasil desde o início dos anos 90, apenas em 1999 começa a se configurar uma mobilização nacional de discussão sobre o tema. Um produto concreto dessa mobilização foi a formação de um Grupo Temático sobre o Trabalho Infantil Doméstico associado ao Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil. Vale mencionar também a iniciativa da Organização Internacional do Trabalho que, ao final de 2000, elaborou e executou um Projeto de Prevenção e Eliminação do Trabalho Infantil Doméstico na América Latina com foco prioritário sobre o Brasil, a Colômbia, o Paraguai e o Peru (OIT, 2003).

Outro avanço importante foi a inclusão do tema nas discussões sobre violência e saúde. A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001) define como uma das violências extradomiciliares a exploração do trabalho infanto-juvenil e a exploração sexual, que têm uma forte determinação econômica de exploração de mulheres. A política também aponta para a necessidade de articulação com o Ministério do Trabalho e Emprego para garantir a implementação de medidas de prevenção de acidentes e de erradicação do trabalho infantil.

Como recomendações para o enfrentamento definitivo do trabalho infantil doméstico pode-se resumir as seguintes sugestões:

- enfrentamento do desemprego estrutural e da precarização das relações de trabalho;
- reformulação da legislação vigente para subsidiar medidas alternativas de fiscalização no intuito de coibir o trabalho doméstico ilegal;
- fortalecimento dos Conselhos de Direito e Tutelares para o acompanhamento de casos de trabalho infantil;
- conscientização da sociedade por meio de campanhas, assessoramento à imprensa, publicações, capacitação de formadores de opinião e gestores públicos;
- articulação com sindicatos de trabalhadoras domésticas adultas e com as centrais sindicais;
- promoção da educação formal básica e de cursos profissionalizantes voltados para as expectativas profissionais das adolescentes;
- capacitação dos profissionais de saúde para identificação, atenção e prevenção de trabalho infantil, entendendo que este deve ser abordado como situação de abuso e negligência passível de notificação.

Somente numa sociedade que busca uma igualdade de classe e de gênero, ao mesmo tempo em que exige respeito às diferenças é possível eliminar essa forma violenta de inserir meninas e adolescentes no mundo do trabalho. Uma das etapas mais importantes dessa mudança é a desnaturalização do serviço doméstico como o lugar específico da mulher no mercado de trabalho.

Referências bibliográficas

- ASSIS, S. O percurso da violência na história ocidental: infância e saúde. *Horizontes*, Bragança Paulista, v. 17, p. 11-77, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências*. Portaria MS/GM n.º 737, de 16 de maio 2001. Brasília, 2001.
- BRITO, J. C. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 1, 2000.
- BRUSCHINI, C. Gênero e trabalho no Brasil: novas conquistas ou persistência da discriminação? (Brasil, 1985/95). In: ROCHA, M. I. B. (Org.). *Trabalho e gênero: mudanças, permanências e desafios*. São Paulo: Editora 34, 2000.
- GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações de uma perspectiva de gênero transversal. *Cadern de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 103-112, 2002. Suplemento.
- HEILBORN, M. L. *Dimensões culturais do trabalho infantil feminino*. Brasília: OIT; IPEA, 2000.
- HIRIGOYEN, M. F. *Assédio moral: a violência perversa do cotidiano*. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- 116 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Dados preliminares do censo de 2000*. Rio de Janeiro, 2000.
- LAVINAS, L. Evolução do desemprego feminino nas áreas metropolitanas. In: ROCHA, M. I. B. (Org.). *Trabalho e gênero, mudanças, permanências e desafios*. São Paulo: Editora34, 2000.
- MESSING, K. *Compreender o trabalho das mulheres para o transformar*. Lisboa: DEPP; Cides, 2000.
- MINAYO, M. C. S. *A violência como desafio à saúde pública*. Rio de Janeiro: Claves; Fiocruz, 2000. Mimeografado.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). *Boas práticas de combate ao trabalho infantil: os 10 anos do Ipec no Brasil*. Brasília: OIT, 2003.
- ROSEN, G. A evolução da medicina social. In: – *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983.
- SANTANA, V. et al. Emprego em serviços domésticos e acidentes de trabalho não fatais. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 1, p. 65-74, 2003.
- WIEVIORKA, M. O novo paradigma da violência. *Tempo Social; Revista de Sociologia*, v. 9, n. 1, p. 5-41, 1997.



CAPÍTULO XI

Portadores de Deficiências e de Necessidades Especiais Duplamente Vítimas de Violências e Discriminações

Luci Pfeiffer¹

Introdução

A ONU e a Organização Mundial da Saúde consideram que de 10% a 15% da população de um país em desenvolvimento apresentam algum tipo de deficiência, distribuídos entre as modalidades deficiência mental, física, auditiva, visual e múltipla. Segundo o último censo brasileiro do ano 2000, no País existem 24,6 milhões de pessoas nessas condições, representando 14,5% da população. Há que se considerar que esses números correspondem à morbidade. Sabe-se também de uma porcentagem significativa de mortalidade pelas mesmas causas. Há que se somar a esses, especialmente na infância e na adolescência, um outro grupo que não traz visivelmente nenhuma forma de deficiência clássica, mas tem sua vida marcada por necessidades especiais provocadas por deficiências internas, relacionadas a doenças crônicas, distúrbios genéticos ou enfermidades degenerativas. Muitas dessas pessoas são dependentes de tecnologia para manutenção da vida.

As crianças e adolescentes portadores de deficiências e necessidades especiais não correspondem à imagem do filho sonhado por suas famílias e, a partir de seu nascimento, correm grande risco de discriminação, de não terem assegurados os cuidados que sua situação exige e de serem vítimas da perda de vínculos com seus responsáveis. Isso é mais grave quanto mais precoce for o surgimento da deficiência. Aparentemente, eles exigem mais atenção de seus responsáveis e oferecem pouco retorno à dedicação que precisam. As famílias de crianças com deficiência ou portadoras de necessidades especiais costumam se queixar que, a partir de seu nascimento, os relacionamentos pioraram e, por culpá-las, transformam-nas em freqüentes vítimas de maus-tratos.

Como portadores de características próprias da doença de base, associadas às limitações impostas pelas deficiências ao desenvolvimento neuropsicomotor, há que se estar alerta sobre como identificar sinais de maus-tratos nesse segmento populacional.

As regras gerais para identificação de abusos nas crianças e nos adolescentes em geral também se aplicam para esta clientela, como é o caso da localização das lesões, tempo de cicatrização ou cura dos traumatismos, indícios de tortura e muitos outros sinais e sintomas enumerados na literatura especializada. É preciso, no entanto, que portadores de deficiências ou de doenças crônicas, não fiquem eximidos do diagnóstico de maus-tratos,

¹ Coordenadora do GT Crianças e Adolescentes Especiais da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), membro do Departamento Científico de Segurança da Sociedade Brasileira de Pediatria, membro da Coordenação Municipal da Rede de Proteção às Crianças e aos Adolescentes em Situação de Risco para Violência de Curitiba – PR.

por confusão e desconsideração dos sintomas próprios da violência com os da doença de base. Como sinais gerais, para esse grupo, deve-se considerar as especificidades descritas a seguir.

Lesões não intencionais

A incidência de lesões não intencionais provocadas por acidentes é mais intensa em todos os tipos de deficiência: na deficiência mental, por diminuição do discernimento do risco e das ações lógicas de proteção; na deficiência visual, pela diminuição do mecanismo protetor natural e também pela ausência de modelos adaptativos aos locais freqüentados pela criança ou pelo adolescente; na deficiência auditiva, perde-se o estado de alerta constante que o ouvir permite a quem não padece a falta de acuidade e, em consequência, diminuem-se as reações de defesa automática em situações de risco.

No deficiente motor, dependendo da gravidade do caso, há que se avaliar dois extremos. Quando ocorre leve limitação, existe um aumento da incidência de lesões e traumas não intencionais ou decorrentes de acidentes, pela possibilidade, embora limitada, de locomoção e o consequente acesso à maioria dos meios, inclusive os de risco. Com maior dificuldade motora, limitam-se os mecanismos de fuga do perigo ou o acesso à proteção. Já para os portadores de deficiência motora grave fica mais difícil explicar lesões físicas acidentais, uma vez que não são capazes de movimentação suficiente para colocá-los em risco de quedas e outros traumas provocados por acesso a lugares de risco. Os portadores de doenças crônicas ou dependentes de tecnologia estão mais expostos aos acidentes provocados por terceiros, uma vez que necessitam de assistência em tempo integral.

118

Maus-tratos

Os sinais específicos de cada forma de maus-tratos são os mesmos nas crianças e nos adolescentes em geral e nos portadores de deficiências e ou necessidades especiais. Por exemplo, uma queimadura de cigarro terá a mesma forma numa criança que ouve e enxerga perfeitamente e numa surda ou cega. É importante, porém, que não se interpretem esses sinais, característicos de cada tipo específico de maus-tratos, como secundários à deficiência. Para tal, basta incluir a imagem dessas crianças e desses adolescentes na avaliação dos sinais de alerta universais.

Quanto aos sinais gerais, o tipo de deficiência pode mascarar sua apresentação e um olhar mais minucioso é necessário para que se possa perceber as alterações e reconhecer os sinais gerais de maus-tratos. Existe um aumento de risco para os vários tipos de abuso quando ocorre desestruturação familiar, bastante freqüente após o nascimento de uma criança portadora de deficiência. A falta de apoio do parceiro ou da família e a necessidade de assumir toda a responsabilidade do acompanhamento do portador de deficiência trazem uma sobrecarga para o responsável pela criança e pelo adolescente que, se não receber apoio dos centros de tratamento e reabilitação, freqüentemente irá determinar um relacionamento distante, negligente ou violento com o filho.

Abusos contra portadores de deficiência mental

A violência física e psicológica freqüentemente ocorre contra portadores de deficiência mental, especialmente aqueles que apresentam quadros mais severos, estes não recebem estimulação adequada, ou não foram ensinados ou são incapazes de entender os limites dados por seus cuidadores. Quanto maior a dependência e a idade, mais elevada é a dificuldade de relacionamento e controle, desencadeando muito descontentamento e estresse nos responsáveis.

No paciente com síndrome de Down, a hipotonia muscular, o atraso no controle cervical e a instabilidade da junção atlanto-axial podem favorecer lesões próprias da síndrome do bebê sacudido, o *shake baby*, mesmo após os dois anos de idade. Deve-se proceder à investigação mais detalhada sempre que se perceberem alguns dos seguintes sinais:

- modificações não habituais de humor, com prostração acentuada, apatia ou agressividade exageradas, não explicáveis pela doença ou deficiência de base;
- gestos ou falas agressivas que contrastam com sua linguagem normal ou atividades físicas rotineiras e que correspondem à imitação das atitudes do agressor ou reações a elas;
- medo exagerado de pessoas de determinado sexo, que lembram a eles o abusador, ou de determinada pessoa, que pode ser o agressor;
- relutância em voltar para casa;
- distúrbios do sono ou do apetite;
- involução injustificada do quadro mental.

Abuso sexual contra portadores de deficiência mental

Os portadores de deficiência mental, tanto meninas como meninos, são presas fáceis do abusador sexual. Em geral, esse abusador se vale dos laços de confiança facilmente criados, da inocência e da falta de educação sexual (pois habitualmente pessoas com essas características são tratadas pelos pais como assexuados), assim como da possibilidade de manter o silêncio dessas crianças ou desses adolescentes sob ameaças. Os agressores confiam no descrédito que uma denúncia vinda de pessoas com problemas mentais provocaria para mantê-las indefinidamente como seus objetos de gratificação sexual.

Da mesma forma que uma criança muito pequena não consegue entender o assédio do abusador, nem encontrar meios de denúncia ou proteção, o portador de deficiência mental é freqüentemente submetido à violência sexual reiterada, dificilmente descoberta, que só é desmascarada quando de um acontecimento extraordinário, como no caso do surgimento de uma gravidez. Mesmo nessa situação, o agressor pode levar a um estado de tal confusão mental no agredido, induzindo-o até a identificar outras pessoas como seus agressores. Habitualmente, a identificação não é precisa: a criança ou o adolescente coloca vários nomes e descrições, com freqüência instruído ou induzido pelo abusador, o que

leva ao descrédito das denúncias, como se ela ou ele – portador(a) de deficiência mental – é que tivesse o distúrbio comportamental associado a uma busca obsessiva de atividade sexual. Considera-se como de maior risco para o abuso sexual o companheiro da mãe, em seguida, figuras como: o pai, tios, avôs, irmãos e parentes próximos, tanto no sexo masculino como feminino.

É importante, além dos sinais comuns de violência sexual contra crianças e adolescentes em geral, estar atento a alguns sinais específicos que se referem ao portador de deficiência mental:

- apresentar extrema resistência nos cuidados de higiene, como troca de fraldas, de roupas, ou durante o banho;
- fugir ou demonstrar medo exagerado à presença de pessoas de determinado sexo;
- exibir comportamento sexual adiantado para sua idade física e, principalmente, mental.

Negligências em relação ao deficiente físico

Na infância, a encefalopatia crônica não-progressiva (ECNP – Paralisia Cerebral), é a principal causa de deficiência física, associando-se a ela, com o aumento da idade, as causas externas. Em ambos os casos, são comuns as limitações motoras que tornam as crianças e os adolescentes completamente dependentes de seus responsáveis até para manutenção da vida.

Além da vigilância e dos cuidados já enunciados para a proteção dos deficientes mentais, no caso dos que sofrem paralisia cerebral ou outras formas de deficiência física, há que se estar atento às várias formas de negligência, muitas vezes encobertas e assumidas pelos profissionais da área da Saúde como parte de seu quadro da patologia de base.

Pela dificuldade de deglutição, presente na maioria dos casos moderados a graves, é esperada uma demora maior na aquisição de peso e altura, mas esse retardo, muitas vezes vem associado à falta de orientação adequada dos responsáveis quanto à maneira de alimentar e quanto às necessidades diárias nutricionais do paciente. Ressalta-se também que não são incomuns negligências cometidas por profissionais de saúde, omitindo cuidados, orientação e acompanhamento desses pacientes.

É importante diferenciar a desnutrição ou o atraso no desenvolvimento motor próprio da patologia de base dos males provocados por atitudes de negligência, e para isso seguem alguns sinais de alerta:

- desinteresse dos pais pelo quadro evolutivo da criança;
- falta de acompanhamento adequado às medidas rotineiras de saúde, como vacinação e tratamentos instituídos;
- vestimenta inadequada ou inferior às apresentadas pelos pais;

- criança com quadro de desnutrição desproporcionalmente mais sério que o justificado pela dificuldade motora ou pelo padrão familiar;
- atraso progressivo na aquisição da fala e no desenvolvimento psicomotor, desproporcional ao esperado;
- manutenção da criança maior ou do adolescente como dependentes para locomoção, mesmo havendo possibilidades de cadeiras de roda ou de outros apoios.

Maus-tratos em relação a deficientes visuais

A deficiência visual torna a criança ou o adolescente totalmente dependente do responsável ou do adulto cuidador e, dessa forma, presa também fácil para todos os tipos de abuso. Dependendo do processo de reabilitação, pode apresentar sérios problemas emocionais e de relacionamento, pela impossibilidade de concretizar sua imagem corporal ou pelas dificuldades de socialização e impedimentos à educação e ao lazer. Muitos dos que sofrem maus-tratos têm sua auto-estima diminuída, apresentam timidez exacerbada, falta de iniciativa, medo de tudo e de todos. Somando-se essas reações às próprias da deficiência, os sintomas duplicam ou triplicam. Essas crianças e adolescentes podem passar a reagir exageradamente a qualquer estímulo em sua direção, escondendo-se ou se protegendo.

A necessidade do toque para que possam formar a imagem dos objetos e também das pessoas pode ser interpretada erroneamente como impulso sexual e encorajar o abusador. Sendo consideradas, muitas vezes, como pessoas frágeis pelos responsáveis, passam a ser tratadas como doentes e não portadores de deficiências, o que dificulta seu processo de aquisição de habilidades. Nessas distorções de relacionamento, pode-se instalar a síndrome de Münchhausen por procuração, limitando o acesso das crianças e adolescentes a várias formas de lazer ou socialização que lhes permitiram um crescimento e desenvolvimento saudável. Frequentemente, quando vítimas de maus-tratos e negligências, tornam-se bebês e crianças difíceis de ganhar peso, têm insuficiente desenvolvimento psicomotor e apresentam dificuldades de aprendizagem, independentemente do padrão socioeconômico e cultural da família. Seu baixo ganho de peso e altura, aliados aos problemas, contrastam com a aparência saudável e bem nutrida do pai e da mãe.

Recomenda-se que os profissionais de saúde estejam atentos aos seguintes sinais:

- déficit de desenvolvimento sem justificativa aparente;
- falta de interesse nas possibilidades de reabilitação e adaptação às atividades de vida normal;
- condições injustificadas de extrema dependência;
- incidência aumentada de doenças, nem sempre de fácil diagnóstico ou de causa obscura.

Deficiente auditivo e maus-tratos

A deficiência auditiva, se precocemente diagnosticada e encaminhada para tratamento e reabilitação, permite uma condição de vida bastante adequada. Como a linguagem tem papel fundamental na evolução da personalidade de todas as crianças, a pessoa com deficiência auditiva precisa de um suporte emocional importante para poder desenvolver todas as suas habilidades. O diagnóstico diferenciado, frente aos distúrbios emocionais da pessoa com deficiência auditiva, deve separar as causas próprias da deficiência dos sinais de maus-tratos a serem observados, como:

- desinteresse dos responsáveis pelos meios de reabilitação existentes;
- desnutrição injustificada pela patologia de base;
- dificuldades importantes de socialização;
- isolamento;
- agressividade ou passividade exagerada;
- atraso de desenvolvimento psicomotor progressivo, apesar do acesso à habilitação e/ou reabilitação;
- perda brusca de interesse próprio em sua reabilitação.

122

As questões aqui tratadas servem de alerta e podem ser identificadas tanto nos atendimentos clínicos como nas visitas domiciliares feitas pela equipe do Programa Saúde da Família. Em seu papel social de promoção da vida e da qualidade de vida, é muito importante que os profissionais da saúde, educação e ação social, contribuam para que, cada vez mais, os portadores de deficiência e de necessidades especiais se integrem à sociedade, sem discriminação. Mas também é preciso que não sejam omissos e negligentes quanto ao diagnóstico, ao tratamento e à prevenção das diversas formas de abusos e maus-tratos, que tornam essas crianças e adolescentes duplamente vítimas da violência familiar e social.

Referências bibliográficas

AKBARNIA, B. A. et al. Manifestation of the battered-child syndrome. *J Bone Joint Surg.*, v. 56, p. 1.159, 1974.

ARONSON, R.; PFEIFFER, L.; OLIVEIRA, V. *Relatórios das notificações de 2002 do Programa Rede de Proteção SMS/SPP*. Curitiba, 2003.

ASSISTING WOMEN WITH ADVOCACY, RESOURCES AND EDUCATION. *Domestic violence: finding safety and support*. St. Louis: BIC Health System, Barnes Jewish Hospital Publication, 2000.

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Curitiba: Comtiba. 76 p. Publicado no Diário Oficial da União, de 16 de julho de 1990.

CASEY, J. *A história da família*. Trad. Sergio Bath. São Paulo: Editora Ática, 1989.

CHILDREN'S AID SOCIETY FOUNDATION OF METROPOLITAN TORONTO (Casat). *When a child or a youth is sexually abused*. Metropolitan Toronto Edition, 2002.

COORDENADORIA NACIONAL PARA A INTEGRAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA (Corde). *Como você deve se comportar frente a uma pessoa que ...* Brasília, DF: Ministério de Ação Social e Justiça, 1994.

CURITIBA Prefeitura; Sociedade Paranaense de Pediatria. *Programa Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em Situação de Risco para Maus Tratos*. Manual de atendimento. Curitiba, 2002.

DAVVIT, B, CRUZ, O. *Quick-reference child abuse*. G. W. St. Louis Medical Publishing, 1998.

ILLINOIS COMPILED STATUTES CHILDREN. Abused and Neglected Child Reporting Act. Disponível em: <<http://www.legis.state.il.us/ilcs/ch325/ch325act5.htm>>. Acesso em: 5 nov. 2003.

LABBÉ, J.; CAUETTE, G. Recent skin injuries in normal children. *Pediatrics*, v. 108, p. 271-276, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Normas sobre Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência*. Resolução n.º 48/96, de 20 de dezembro de 1993. Assembléia Geral das Nações Unidas.

_____. *Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência*. Resolução n.º 37/52, de 3 de dezembro de 1982. Assembléia Geral das Nações Unidas.

PFEIFFER, L. *Maus-tratos: crianças sem vínculos, adolescentes sem rumo*. Curitiba: PUC, 2000. [Monografia].



CAPÍTULO XII

Violência Institucional: O Difícil Diagnóstico de Saúde de suas Vítimas

Roberto da Silva¹

Introdução

Desvio social e institucionalização são conceitos intimamente relacionados e o segundo só pode ser devidamente compreendido em função do primeiro. A noção de instituições totais adotada neste texto foi formulada por Erving Goffman (1961; 1975; 1988) e está descrita no livro *Manicômios, Prisões e Conventos*. Abrigos, orfanatos, escolas militares, quartéis, mosteiros, conventos, institutos correccionais e prisões são classificados por Goffman como instituições da mesma natureza: agem sobre todas as dimensões do ser humano, suprimindo sua individualidade em favor da coletivização.

A teoria do desvio primário se refere à quebra não intencional das convenções sociais, ocasionadas por contingências próprias da vida, capazes de colocar o indivíduo ou sua família em situação fora do modelo padrão de organização da família nuclear e em torno do qual se estruturam a legislação, os serviços públicos e a legitimação social: orfandade, viuvez, velhice, doença, loucura e incapacidade. O desvio secundário é aquele em que há intencionalidade na violação das leis escritas: contravenções penais, delitos, infrações e crimes.

Para ambos os tipos de desvios, a sociedade aceita, cria leis, destina recursos financeiros e humanos e cria instituições próprias. Abrigos, orfanatos, casas maternais, manicômios, leprosários e asilos atendem ao desvio primário; polícia, justiça criminal, institutos correccionais, unidades de cumprimento de medidas socioeducativas (Febens) e prisões atendem ao desvio secundário.

Tanto num caso como noutro, essas são entendidas como instituições destinadas a atendimentos emergenciais e temporários, tendo umas a missão de amparar e proteger e outras, de punir e reabilitar a pessoa para o convívio social. No caso dos adolescentes, a proposta que consta em lei é a de socialização.

A finalidade precípua de ambos tipos de instituições é irremediavelmente comprometida quando estas passam a reproduzir internamente os mesmos desvios que deveriam combater. É o caso, por exemplo, de abrigos que prolongam desnecessariamente a permanência da criança; casas maternais que invadem o direito reprodutivo da mulher, esterilizando-as; manicômios que enlouquecem seus internos e asilos que exploram e maltratam seus idosos. Institutos correccionais, ao invés de unidades de cumprimento de medidas socioeducativas, transformam adolescentes em perigosos e temidos bandidos e prisões que incapacitam adultos para a vida livre e produtiva são expressões de uma sociedade doente e vingativa.

¹ Mestre e doutor em Educação, professor da Faculdade de Educação, da Universidade de São Paulo.

São provas cabais de que tais instituições não mais atendem aos interesses e necessidades sociais.

Que papel pode exercer o profissional de saúde na prevenção ou no tratamento de pessoas submetidas a esses regimes de institucionalização (KIVTKO, 2003)? O profissional de saúde deve saber que dentro das instituições totais a violência: (a) faz parte da cultura dessas entidades; (b) está presente na subjetividade dos agentes; (c) orienta a reelaboração de sua identidade institucional; (d) determina a sua auto-imagem; (e) constitui um recurso de sobrevivência.

O uso da violência e a disposição para usá-la é o principal fator que regula as relações das instituições com os internos, dos funcionários com os internos e desses entre si, definindo o papel e a função que cada indivíduo exerce dentro delas.

Será preciso então que o profissional de saúde compreenda a natureza das violências possíveis de serem cometidas dentro desses lugares. Deve iniciar pelas mais graves, mais evidentes e de mais fácil identificação, limitando-se, entretanto, apenas aos casos passíveis de diagnóstico a partir de um olhar cuidadoso e especializado.

Violência em abrigos

126

Crianças em situação de abrigo são particularmente vulneráveis a todo e qualquer tipo de violências e doenças, sendo comum a somatização dos traumas decorrentes da rejeição, do abandono e dos maus-tratos (FRANÇA FILHO, 2003). A situação clássica do abandono materno retira, de imediato, os dois insumos mais necessários ao seu bom desenvolvimento: o afeto que nutre a alma e o leite que nutre o corpo. Com a falta de afeto, a criança responderá por meio de comportamentos adaptativos, substituindo o choro, o murmúrio, o dengo e a manha por recursos mais apropriados à vivência em meio institucional (SILVA, 1997).

A supressão do aleitamento materno e sua substituição por leite comercial, entretanto, é incapaz de constituir as defesas orgânicas de que a criança precisa para um desenvolvimento normal e sadio e constitui uma violação de direitos capaz de deixar marcas físicas irreversíveis em recém-nascidos, quando abrigados. Essa violação de direitos ocorre em abrigos que recebem recém-nascidos e crianças até 2 anos de idade, sendo comum também em creches públicas e particulares.

O descumprimento do programa obrigatório de vacinação resulta em enfermidades conhecidas e evitáveis, como pólio, doenças pneumocócicas, meningites, hepatites, coqueluche, sarampo, caxumba, catapora e outras. Essa evidência é identificável a partir do histórico médico da criança, que necessariamente deve constar de seu prontuário.

A prolongada permanência da criança em berços e ambientes fechados, com poucas oportunidades de locomoção, retarda o seu desenvolvimento psicomotor, com reflexos nas atividades escolares que requerem coordenação motora fina, como colagens, pinturas, desenhos, ligação de pontos e dobraduras. O principal fator responsável por essa violação

de direitos é, não só a elevada relação funcionário-criança, como a própria estratégia burocrática da instituição, que impede atendimentos individualizados. Boas práticas de abrigamento vêm sendo tentadas e desenvolvidas no País, a exemplo da Associação Aliança pela Vida (Alivi) cujo site www.alivi.org.br é importante ser consultado.

Os diagnósticos, os exames e as avaliações periódicas efetuadas por técnicos e profissionais das entidades de abrigo geralmente são acompanhados de uma série de recomendações quanto a tratamentos médicos, cuidados e providências que devem ser tomadas para resguardar as possibilidades de desenvolvimento normal da criança abrigada (FERREIRA, 2000).

O profissional de saúde deve ter especial atenção com os sintomas decorrentes da má alimentação e da subnutrição em crianças abrigadas. A maioria dessas instituições brasileiras não possui em seus quadros profissionais nutricionistas ou pediatras e não utiliza os serviços dos postos de saúde, pois não prevêm, dentre suas obrigações rotineiras, levar e trazer crianças, todos os dias, dos abrigos aos locais de consultas. Não há, portanto, controle de altura e de peso nem exames periódicos capazes de diagnosticar sintomas decorrentes da má alimentação ou da subnutrição, praticamente inexistindo, também, qualquer forma de suplementação na alimentação da criança abrigada. Os danos causados por tais negligências são visíveis pelo estado de apatia, pela falta de brilho nos olhos, pela falta de viço na pele e nos cabelos, pela dentição irregular e pelo desenvolvimento ósseo incompatível com a idade que meninos e meninas abrigadas apresentam (SILVA, 2004).²

Micoses, sarnas, coceiras, piolhos, doenças sexualmente transmissíveis, resfriados, gripes e tuberculose comumente infectam mais de um abrigado por causa da dificuldade de individualização de roupas de cama e de banho, de material de higiene e de utensílios pessoais e do uso comum de banheiros, espaços e brinquedos.

Violências em delegacias de polícia, cadeias públicas, corrós, internatos e prisões

No Brasil, ainda não se adota com rigor a regra do artigo 172, parágrafo único, de constituir repartições especializadas para atendimento de adolescentes apreendidos em flagrante de ato infracional. Embora em muitas cidades eles sejam encaminhados a delegacias para crianças e adolescentes, na maioria dos casos, os apreendidos em flagrante de ato infracional são encaminhados para distritos policiais comuns, permanecendo em *corrós*, chiqueirinhos e celas de cadeias públicas, em promiscuidade com adultos, por vezes já condenados (FRANÇA FILHO, 2003). Tais fatos indicam a necessidade dos profissionais de saúde entenderem melhor as relações entre medicina e direito (BENFICA; VAZ, 2003).

Aplicação de choques elétricos, espancamentos, afogamentos, telefone³, palmatórias são ainda comumente utilizados como principal recurso para a obtenção de confissões. As

² www.cecif.org.br.

³ Técnica que consiste em bater com as duas mãos espalmadas e simultaneamente nos ouvidos da vítima, geralmente por trás, provocando pressão de ar capaz de estourar os tímpanos.

solas dos pés, as palmas das mãos, os ouvidos e as partes genitais são preferencialmente visados pelos espancadores, que, em busca de confissão ou de mera punição, em nenhum momento se preocupam com as conseqüências do severo castigo físico para o crescimento e desenvolvimento desses seres em formação.

Utilização de listas telefônicas, jornais enrolados, sacos plásticos na cabeça, tiras de cobertores nos punhos e nos tornozelos e canetas nos vãos dos dedos são utilizados como métodos adicionais de tortura para não deixar marcas visíveis nas vítimas. Os danos, entretanto, aparecem na forma de surdez ou de zumbidos nos ouvidos; rompimentos de vasos sangüíneos dos pés, pernas e mãos; deformação dos órgãos genitais e concussões sérias aos pulmões, estômago, fígado e rins, por vezes com conseqüências para o resto da vida. A constatação de tortura em adolescentes e jovens deveria ser acompanhada de exames de dosagem alcoólica e de exame residuo gráfico para drogas nos policiais responsáveis pelo encaminhamento, pois é evidente a utilização de tais substâncias por parte deles antes, durante e depois das seções de espancamentos e de tortura.

Anualmente, a Anistia Internacional publica um relatório sobre violação de direitos humanos no Brasil, apresentando as delegacias policiais como os locais onde elas mais ocorrem. Destaca essa realidade no título de uma de suas edições *Aqui Ninguém Dorme Sossegado: Violações de Direitos Humanos Contra Detentos*, que apresenta relatos circunstanciados dos principais tipos de violência perpetrados em delegacias policiais brasileiras (ANISTIA INTERNACIONAL, 1999).

128

A violação sexual contra estupradores é a violência institucional mais fartamente tolerada por todas as partes envolvidas na detenção, na investigação, na autuação, no julgamento e na custódia de presos, como se fosse uma punição legítima contra quem comete crimes sexuais. Atenção especial deve ser dada aos distritos policiais, cadeias públicas e centros de detenção provisória que não têm separação entre adolescentes e adultos.

O profissional de saúde não deve esperar que a vítima admita espontaneamente que ela foi violada sexualmente, pois a cultura machista que impera nas prisões e locais de internação de jovens intimida as pessoas de revelarem esse problema. O exame físico para caracterização da materialidade do crime e a coleta de resíduos para identificação da autoria são imprescindíveis para responsabilização criminal dos culpados e responsabilização civil do Estado pela negligência e omissão na custódia de adolescentes. A questão da violência nessas instituições é tão naturalizada que ela cria um jargão específico de sua ritualização como se constata a seguir.

Cerimônia de boas-vindas – constituída por esculachos, humilhações e constrangimentos por ocasião do ingresso de adolescentes nas unidades de internação, essa cerimônia é especialmente violenta no caso de adolescentes recapturados após tentativas de fugas. Geralmente, ocorrem espancamentos coletivos perpetrados por policiais, carcereiros ou monitores munidos de cassetetes de borracha, correias de motor, sarrafos de madeira, barras de ferro ou correntes de aço. Os algozes batem aleatoriamente e das violências resultam, freqüentemente, deficiências físicas permanentes que impedem o indivíduo de tentar novas fugas. Ao se deparar com

casos recentes de paraplegia ou de invalidez permanente dentro de prisões e de unidades de internação, o profissional de saúde precisa requisitar o prontuário do adolescente e compará-lo com o prontuário médico para identificar as causas geradoras da violência cometida.

Corredor polonês – particularmente utilizado por ocasião das *blitz* feitas pela polícia militar nas unidades de internação, consiste em formar duas filas paralelas e simétricas de policiais para que os adolescentes passem, um por um, pelo meio deles. Da primeira à última dupla de soldados, todos batem. Nesses casos, a pior coisa que pode acontecer ao adolescente é cair ao chão: ele será chutado, esmurrado, pisoteado e espancado até que consiga se levantar pelos próprios meios. As principais características a serem diagnosticadas quando aplicada essa modalidade de violência são: o grande número de adolescentes com sinais semelhantes de um mesmo tipo de tortura e de espancamento e a ocorrência de mordidas de cães, frequentemente utilizados nesses tipos de tortura.

Violência entre internos – a cultura da violência que impera dentro de distritos policiais, internatos (ao invés de instituições socioeducativas como prevê o ECA) e prisões comporta uma dimensão que tem a ver com as relações entre os próprios presos. A violência entre internos é excessivamente tolerada por administradores e autoridades, havendo, por vezes, até favorecimento para que alguns grupos imponham o domínio pela força sobre outros como forma de manter a ordem interna. Estocadas nas nádegas e cortes no rosto são sinais característicos de identificação de internos mal vistos dentro da instituição, principalmente entre os considerados delatores. Estupros, raspagem dos pelos do corpo e inscrições tatuadas na cabeça raspada são sinais característicos de adolescentes submetidos à força por outros internos. Cicatrizes resultantes da utilização de instrumentos pérfuro-cortantes são sinais característicos de rixas, brigas e disputas internas, algumas delas exibidas como troféus e prova de hombridade e valentia. Nenhuma dessas formas de violências são transformadas em inquéritos policiais ou processos, resultando, quando muito, em castigos disciplinares. Os profissionais de saúde que trabalham dentro de instituições totais, como regra geral, não dedicam nenhum tipo de atenção a violências desse tipo, sendo muito comum que outros internos, sem capacidade ou treinamento específico, se dediquem a tratar e curar as feridas provocadas por seus colegas torturadores.

Em abril de 2002, foi aprovado, por resolução conjunta entre os ministérios da Saúde e da Justiça, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, criando-se, a partir de então, uma equipe multidisciplinar para atuar em cada unidade prisional sob a supervisão de um médico, inclusive com a participação de presos, esses, na função de Agentes Promotores de Saúde. Tal iniciativa ainda carece de plena efetivação, evidenciando-se a baixa prioridade das populações sob regime de internamento nas políticas públicas.

Violência sexual dentro das instituições totais

A violência sexual que se comete dentro das instituições totais é orientada por um conjunto de códigos, símbolos e valores próprios e inerentes ao universo institucional. A principal razão pela qual a violência sexual é uma constante dentro das instituições se deve ao seu caráter segregacionista quanto ao recorte de gênero que orienta as práticas de abriga-

mento, de confinamento e de custódia de pessoas. As instituições totais atendem clientela exclusivamente feminina ou exclusivamente masculina, não valendo para elas o princípio universal da co-educação.

Já a principal razão pela qual a violência sexual é excessivamente tolerada dentro das instituições totais se deve ao fato da identidade sexual ser um dos componentes básicos de identificação do indivíduo dentro da instituição. Em abrigos, internatos e prisões, a submissão à violência sexual não significa necessariamente um comportamento homossexual. Ser ativo ou passivo, reduzir o outro à submissão sexual ou submeter-se a ela tem muito pouco a ver com opção sexual e muito a ver com estratégias de dominação, de subjugação e de redução do outro à condição de passividade que, na concepção machista, se espera do sexo feminino.

A iniciação sexual de crianças e de adolescentes institucionalizados possui algumas características que reforçam essa tese: 1) ela acontece em universos exclusivamente homossexuais; 2) ela é sempre induzida; 3) ela ocorre dentro de uma relação de cobranças e de pressões que nada têm a ver com o prazer erótico.

Na dimensão familiar, o sexo oposto está invariavelmente presente na iniciação sexual de meninos e de meninas e isso estabelece uma série de parâmetros importantes no desenvolvimento da própria sexualidade. Quando tal começo acontece sem a presença do sexo oposto, é natural que a sexualidade se desenvolva dentro de uma relação de oposição em que um jovem do mesmo sexo se comporta como sujeito ativo e outro como passivo. Tais posições podem se inverter, no famoso troca-troca. Mas, freqüentemente conforma uma espécie de *status* para aquele que, não tendo os atributos necessários para tornar-se predominantemente ativo, passa a ser vítima preferencial da submissão sexual.

A violência sexual explícita que se comete dentro das instituições exclusivamente masculinas é, sobretudo, a violência anal, que no imaginário masculino está associada a uma situação de depreciação moral por quem a assume passivamente. Pela conotação moral atribuída ao papel sexual que se cumpre dentro das instituições masculinas, cria-se uma cultura que é a antítese da própria vida.

Primeiro, a violência sexual, socialmente reprovável e juridicamente punível, não é denunciada dentro desses internatos, pela simples razão de que ela evidencia uma correlação de forças presente dentro de grupos e de subgrupos, criando-se uma espécie de mundo privado com regras que só a eles diz respeito. Segundo, na concepção de defesa da integridade moral dessas pessoas confinadas, todos os atos se tornam legítimos, mesmo os tidos como socialmente reprováveis e juridicamente agravados, como a vingança, mesmo que traiçoeira. Em terceiro lugar, pode-se afirmar que, no âmbito das instituições totais masculinas – universos essencialmente machistas – o conceito de moral está associado ao papel sexual do indivíduo, muito mais do que ao tipo de delito que ele comete ou a sua história no mundo do crime.

Ao caracterizar a violência sexual como inibidora do desenvolvimento da sexualidade deseja-se ressaltar que, sendo a identidade sexual um dos elementos estruturadores da identidade institucional, os códigos, os símbolos e os valores do universo institucional não

permitem às pessoas desenvolverem sentimentos positivos em relação ao contato sexual do tipo gostar ou não gostar, ser ou não ser prazeroso, chegar ou não ao orgasmo e, principalmente, desenvolver algum sentimento de afetividade entre os envolvidos.

Nas instituições e nas prisões, chega-se a raspar o corpo inteiro de um novato, maquiá-lo e vesti-lo como mulher. Mas, toda essa caracterização externa nem sempre corresponde a uma aceitação interna da pessoa submetida ao ritual. A resistência interna é a medida do valor moral da pessoa que se submete quando a força física empregada é maior do que sua capacidade de reação.

Por tudo o que foi dito aqui, pode-se depreender a contradição que é encaminhar para tais instituições, a título de protegê-las, crianças que foram vítimas de violência, principalmente de violência sexual dentro da própria casa. A vida relacional no internato lhes representará um sério agravante, pois, ao chegar aí totalmente vulneráveis, seu quadro se agrava intensamente, com graves conseqüências para seu desenvolvimento físico e emocional e para seu processo de identificação sociocultural. No entanto, pela falta de serviços de apoio às vítimas da violência sexual, o encaminhamento para tais instituições tem sido a medida diuturnamente aplicada pelas varas da infância e da juventude.

Danos psicológicos causados pela violência institucional

Os danos psicológicos, muitos deles invisíveis, causados pela violência que se pratica dentro das instituições totais podem ser dimensionados sob três aspectos distintos: (a) distorção da subjetividade; (b) distorção da identidade; (ac) prejuízos à auto-imagem.

A subjetividade pode ser entendida como a forma de pensar e de agir característica de cada pessoa e é constituída a partir dos referenciais sobre os quais a criança constrói sua noção de relações sociais e humanas. Quando aprende a diferenciar os papéis e funções exercidas por cada um dos membros da família, ela aprende também que há uma forma específica de se relacionar com cada uma das pessoas e que cada relação corresponde um sentimento muito distinto. Tais distinções permitem à criança compreender que os vários personagens de sua família sejam identificados com características únicas: irmão(ã) mais velho(a), tio/tia, pai/mãe e avô/avó. Essas diferenciações internas de papéis e relações constituem referências para sua organização mental, psíquica e afetiva. A substituição da família pelo abrigo e das figuras parentais por funcionários coloca outros referenciais para a organização mental e psíquica da criança, com prejuízos para o desenvolvimento da afetividade, das relações de gênero e do princípio de autoridade moral.

A identidade de uma pessoa pode ser melhor explicada pela forma como ela se vê a partir do olhar do outro: ela se constrói num jogo intersubjetivo e interativo de relações e de interiorização. Essa representação social do eu acaba por constituir-se pela inter-relação dos vários componentes resultantes da personalidade, do autoconhecimento, da auto-estima e da capacidade de auto-realização. O que o outro vê na pessoa é a expressão da sua subjetividade e acaba por conformar o que ela pensa e como age, independentemente da consciência que tenha disso.

A auto-imagem é a representação que se faz de si mesmo, ou seja, aquilo que ela pensa que é. A auto-imagem é constituída pelos componentes da subjetividade, pelos componentes de ancestralidade e pela interação social. Ter origem em determinada linhagem de sangue ou de misturas delas; ser negro, branco ou índio; ser homem ou mulher; nascer em determinado lugar e possuir determinados atributos físicos e estéticos independe do indivíduo, mas é determinante na forma como ele mesmo se vê e como se relaciona com o outro.

Os danos causados pela institucionalização à subjetividade, à identidade e à auto-imagem, por si sós, são capazes de colocar o indivíduo em posição de inferioridade social, por causa das dificuldades que terá na condução de relações sociais e humanas. Um dos biotipos mais freqüentes e resultantes dos processos de internação é o de um indivíduo apático, inibido, dependente e de poucas iniciativas. Quando a institucionalização é associada com a violência – e se dela não resultar a incapacidade permanente –, costuma-se construir um indivíduo pronto para reagir a qualquer situação capaz de ameaçá-lo, mesmo que imaginariamente, e sempre disposto a empregar mais força e energia física e emocional do que o necessário para a resolução de eventuais conflitos. A violência da resposta comportamental a possíveis ameaças, por vezes, é vista por muitas dessas pessoas como a única defesa possível contra violências que elas já sofreram e que não querem mais sofrer.

132 Adolescentes com histórico infracional que aceitam apertar o gatilho de um revólver ao menor sinal de reação da vítima; membros de facções criminosas que aplicam contra outros presos as mesmas técnicas de extorsão e de tortura aplicadas pela polícia; traficantes que matam seus devedores para não darem mau exemplo e ex-presidiários que aceitam correr todos os riscos para não ter que voltar à prisão são exemplos de que a violência institucional gera violência social.

Referências bibliográficas

ANISTIA INTERNACIONAL. *Aqui ninguém dorme sossegado: violações de direitos humanos contra detentos*. São Paulo: Seção Brasileira da Anistia Internacional, 1999. [Disponível em: www.anistia.org.br; e-mail: anistia@anistia.org.br].

BENFICA, F. S.; VAZ, M. *Medicina legal aplicada ao direito*. Rio Grande do Sul: Editora Unisinos, 2003. (Coleção Manual Universitário).

CENTRO DE CAPACITAÇÃO E INCENTIVO À FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS VOLUNTÁRIOS (Cecif). *Organizações que desenvolvem trabalho de apoio à convivência familiar*. Disponível em: <<http://www.cecif.org.br>>. Acesso em: 10 jan. 2004.

FERREIRA, C. A. M. *Psicomotricidade: da educação infantil à gerontologia*. Rio de Janeiro: Lovise, 2000.

FRANÇA FILHO, G. V. O valor da confissão no direito penal. *Revista Brasileira de Medicina Legal*, v. 1, n. 2, 2003.

_____. Métodos avaliativos do dano corporal. *Revista Brasileira de Medicina Legal*, v. 1, n. 2, 2003.

GOFFMAN, E. *A representação do eu na vida cotidiana*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1975.

_____. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

_____. *Manicômios, prisões e conventos*. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1961.

KVITKO, L. A. Decálogo del perito médico legista. *Revista Brasileira de Medicina Legal*, v. 1, n. 2, 2003.

REVISTA DE MEDICINA LEGAL, [2003?]. Disponível em: <<http://www.revistademedicina-legal.com.br>>. Acesso em: 20 dez. 2003.

SILVA, R. Centro Cecif/Orsa de Documentação e Estudos Roberto da Silva, 2004. Disponível em: <<http://www.cde-robertodasilva.org.br>>; <www.cecif.org.br>. Acesso em: 10 jan. 2004.

_____. *Os filhos do governo: a formação da identidade criminosa em crianças órfãs e abandonadas*. São Paulo: Ática, 1997.



PARTE 3

Redes de Proteção Social e Redes Sociais: uma Práxis Integradora

Suely F. Deslandes¹

Sete capítulos compõem a terceira parte deste livro. Todos compartilham com o leitor experiências concretas de atuação, realizadas no âmbito dos serviços e programas públicos de saúde ou se articulam nas redes de proteção. Além de servir de incentivo para a criação de outras iniciativas, dado que evidenciam ser possível superar desafios e limitações comuns

¹ Pesquisadora associada do Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fiocruz.

ao universo dos serviços, esses trabalhos também socializam os saberes e as estratégias metodológicas construídas ao longo de sua realização.

O capítulo *Redes de Proteção: Novo Paradigma de Atuação – Experiência de Curitiba* é assinado por Vera Lúcia Alves de Oliveira e outros colaboradores. Os autores aprofundam a definição do conceito de rede e relatam, passo a passo, a construção dessa práxis de trabalho. Detalham como se deu o processo de implantação do sistema e os esforços necessários nesse momento para fortalecê-lo, além de apresentarem seu modo de funcionamento e os princípios que conduzem à abordagem das famílias, das crianças e dos adolescentes. O texto revela a surpreendente capilaridade das 109 redes locais de proteção, envolvendo diversos parceiros.

Redes de Atenção a Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência: Experiência de Goiânia de Maria Luiza Moura Oliveira discute, historicamente, a configuração das redes de atenção a crianças, adolescentes e mulheres em situação de violência nesta capital. Esclarece de forma muito didática quais são os partícipes do Sistema de Garantia e suas atribuições, concedendo especial ênfase ao setor Saúde. Ao descrever como operam as articulações entre as atividades, a autora detalha com clareza os objetivos, os eixos de trabalho, os parceiros e os princípios que regem essa atuação.

136

O texto de Dária B. S. das Neves, César Fernando G. Ramirez e Ione R. Brum, intitulado *Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual: Experiência de Manaus*, retrata o trabalho do Serviço de Atendimento à Vítima de Agressão Sexual (Savas). Neste capítulo, são apresentados o perfil da clientela atendida, o fluxo do atendimento e as estratégias desenvolvidas para a prevenção de DST, aids e gravidez indesejada. Os autores discutem as alianças que precisaram tecer, entre as equipes do próprio serviço em que se inserem com os Centros de Testagem e Aconselhamento do município para a realização dos diversos testes laboratoriais e, também, com as delegacias da mulher, o Instituto Médico Legal, o conselho tutelar, o Ministério Público e o Juizado da Infância e da Adolescência, a fim de promover uma rede de proteção ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis das crianças e dos jovens.

O texto *Atenção a Jovens que Tentam Suicídio: É Possível Prevenir*, assinado por Carlos Felipe D´Oliveira, trata de uma atuação iniciante da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, envolvendo serviços de emergência, a Coordenação de Saúde Mental e o Instituto Philippe Pinel. O núcleo recebe a clientela encaminhada pelos hospitais. Atende a jovens nos momentos da crise posterior à tentativa de suicídio, analisa as necessidades terapêuticas de cada pessoa e dá um suporte imediato e ao longo de sessões subseqüentes. O autor ainda apresenta várias propostas de ação para a prevenção do suicídio

O texto de Antônio Carlos B. dos Santos, *Prevenção ao Suicídio Se Faz Com Aceitação e Compreensão: Experiência do Centro de Valorização da Vida*, trata da prevenção do suicídio, questão que também afeta a infância e a adolescência. O autor relata a experiência do Centro de Valorização da Vida (CVV) e descreve, para o leitor, as condições de contingência do ser humano, expostas na problemática, assim como o exercício da solidarieda-

de necessário a quem se dispõe a ser um voluntário e a ajudar a quem necessita de apoio para não se matar.

O capítulo *Atuação dos Serviços de Saúde: Dois Modelos Como Inspiração*, de Suely Ferreira Deslandes e Romeu Gomes, debate a crescente mobilização dos serviços, na última década, para atuar diante das situações de violência, especialmente nos casos de violência familiar. Apresenta dois modelos de ação, analisando suas estratégias e suas contribuições para a consolidação de uma atuação específica do setor, ao interior das redes de proteção.

Por fim, se apresenta o texto de Maria de Lourdes Tavares, *Abordagem da Violência Intrafamiliar: Programa Saúde da Família*, que narra como, no mais antigo programa do gênero no País, localizado em Niterói, os profissionais tentam atuar por meio da atenção, dos diagnósticos, dos acompanhamentos e encaminhamentos, em contato com as famílias e com os outros serviços. A autora debate as potencialidades e as limitações que as equipes do PSF apresentam na prevenção, identificação e notificação das situações de violência intrafamiliar. Revela, a partir das várias situações concretas, de que forma as equipes podem atuar como porta de entrada, como captadores de demandas das famílias envolvidas nas situações de violência, traçando de forma privilegiada, o diagnóstico da situação familiar, de suas necessidades e indicando as instituições que poderiam ser envolvidas em parcerias necessárias aos cuidados de proteção. Traz ainda várias sugestões para atuação dos profissionais no âmbito da intervenção familiar. No texto, fica nítida a deficiência da rede de proteção que deveria estar articulada à prática do setor Saúde.

Como se pode inferir, após esta breve descrição, a ênfase numa perspectiva de trabalho integrada e integradora é um ponto em comum a estes capítulos. O conceito de atuação em rede atravessa todos os textos de forma mais ou menos explícita. Desde concepções mais macroestruturadoras, conformando uma política de atuação às estratégias de articulação local ou interna. Essa interação interna pode se apresentar entre profissionais de um mesmo serviço ou entre os serviços ligados a uma mesma Secretaria. Cada qual, dentro de suas propostas específicas, fala da criação de alianças, parcerias, trocas e, portanto, de vínculos para atuar frente ao desamparo, ao sofrimento e à desagregação gerados pela violência, em suas múltiplas manifestações.

Consensualmente, há um reconhecimento que a atuação em rede é capaz de fortalecer laços de proteção para a garantia dos direitos de crianças e adolescentes, bem como responder melhor à complexidade das demandas trazidas por esse problema específico. Se as redes agregam mais possibilidades de proteção e bem-estar, então vale questionar como a família, enquanto rede social primeira, e as outras redes de sociabilidade são articuladas nessas atuações. Em outros termos, como a metodologia do trabalho em redes (envolvendo vários atores e organizações) lida com as redes sociais das famílias atendidas?

Assim, por sua relevância estratégica propõe-se aqui uma breve problematização das seguintes questões: a concepção epistêmica do trabalho em rede; suas implicações político-organizacionais; a metodologia do trabalho em rede e a inclusão das redes sociais familiares.

As bases epistêmicas do conceito de rede – a concepção de redes (redes de causalidades, redes semânticas e lingüísticas, redes sociais, redes informacionais, virtuais) traduz uma visão histórica da realidade. Só se torna possível a partir da superação do paradigma cartesiano pela afirmação (ou tolerância) de um paradigma da complexidade.

Descartes e vários outros filósofos-cientistas do século XVII construíram as bases do que será a visão de mundo da Modernidade. Nesse período, a natureza, a sociedade e o cosmos seriam identificados como mecanismos, regidos por leis invariáveis e independentes da vontade humana. O ser humano, como ser dotado de razão, seria capaz de traduzir a racionalidade do mundo e as leis que o governam. Assim, a ordem mecânica do mundo e suas variações poderiam ser descobertas e reveladas pelo uso da razão humana, por meio de um método específico. Descartes (1979) então propôs um método que julgava ser o único verdadeiro e que poderia ser resumido em quatro premissas: (1) ser conduzido pela dúvida sistemática até que fossem encontradas evidências suficientes; (2) ser capaz de decompor o todo, a fim de examinar suas partes minuciosamente; (3) partir do exame das relações mais simples até, hierarquicamente, chegar à apreciação das relações mais complexas e, (4) certificar-se de que a análise de cada parte tenha sido suficientemente exaustiva.

138

O que se depreende desta proposta? Que o complexo deveria ser repartido de tal forma até se tornar mais simples e traduzível. Que as relações dinâmicas, de vinculações sinérgicas, em transformação, não estáveis deveriam ser, por definição, excluídas deste modelo. Que o sujeito do conhecimento deveria sempre adotar uma postura de completa exterioridade ao objeto ou ao fenômeno em questão, sendo convencido, apenas, por evidências irrefutáveis (NAJMANOVICH, 1995). A realidade, como analisa esse autor, seria a soma das partes que a compõem como um todo, regido por leis imutáveis (hipótese da identidade estática); a relação entre as partes seria de natureza mecânica e previsível (hipótese da totalidade desarmável); o sistema mecânico não seria afetado pela alteração de algumas variáveis (hipótese da independência absoluta) e, finalmente, a todo efeito corresponderia uma causa específica que atuaria de forma independente das condições relacionadas ao fenômeno (hipótese da causalidade eficiente ou mecânica). Dessa forma, a metáfora do mecanismo “mundo como um relógio” seria bastante apropriada, pois expressaria a realidade como algo que funcionasse independentemente de influências externas, como se pudesse ser isolada numa caixinha.

Portanto, a idéia de rede nesse período seria inconcebível. As etapas posteriores do desenvolvimento científico e da realidade social levariam ao questionamento desse modelo fragmentado e estático. Apenas pontuam-se alguns elementos dessa crise teórica: 1) inadequação da racionalidade utilitarista (premissa de conhecer para bem dominar a natureza); 2) a negação pela história social da idéia de que a ciência traria progresso e bem-estar para toda a humanidade; 3) a refutação da noção de exercício neutro e desinteressado da pesquisa científica. Leituras e interpretações mais contemporâneas dos métodos científicos, realizadas por autores de várias escolas, como Morin, Atlan, Maturana, Feyerabend, dentre tantos outros, passam a evidenciar a existência de uma articulação sinérgica entre os fenômenos ou no interior de um mesmo fenômeno.

A compreensão-explicação científica vai ser guiada pelas concepções de multicausalidade e redes causais complexas e pela idéia de que a vida se auto-organiza a partir do movimento contínuo de ordenações, desordenações e reordenações. Desde o mais simples ser vivo, aos sistemas econômicos e políticos, culturais e subjetivos até os ecossistemas, serão compreendidos como mutuamente afetados e afetáveis. A metáfora do “universo-relógio” vai ser substituída pela de “universo como rede”.

Assim, ao se falar de redes, deve-se constantemente invocar a noção de vinculação: seja psíquica, comunitária, familiar, institucional, seja de causas ou de fenômenos. Uma vinculação dinâmica que favoreça a expansão da vida ou da morte. Que mutuamente afeta e é também afetada e que, absolutamente, não constitui um todo a partir da soma de suas partes, mas, antes de tudo, constrói dinamicamente novas totalidades.

Implicações político-organizacionais – os efeitos da reestruturação produtiva em escala mundial se fazem cada vez mais presentes nas condições, nas situações e nos estilos de vida dos brasileiros. Sobretudo nas famílias de estratos de renda baixos e mesmo médios, o desemprego estrutural, a precarização das relações de trabalho, a submissão a jornadas de trabalho cada vez mais longas e extenuantes se tornaram presentes seja enquanto realidade, seja enquanto ameaça, num mundo do trabalho marcado pela incerteza e pela insegurança (DOWBOR *et al.*, 1997). Esse cenário que vem se ampliando desde o final do século XX afeta as identidades e a cultura, especialmente o papel tradicional do homem, deslocado de sua função de provedor. O aumento dos processos de adição às drogas, o aumento da criminalidade vinculada a problemas sociais, a busca de emprego no mercado ilegal de drogas, a afirmação de uma identidade imposta pela violência são alguns dos problemas associados ao lado negativo das mudanças econômicas e sociais. Tudo isso tem exacerbado os conflitos nas relações e comunicações intrafamiliares e comunitárias.

Diante desse quadro de perplexidades que afetam a todos, torna-se inviável que a atuação de uma única instituição de proteção da criança e do adolescente seja efetiva. Assim, no Brasil, desde meados dos anos 80, com a ampla mobilização democrática e com o protagonismo das organizações não-governamentais e movimentos sociais, se reconheceu a necessidade de uma atuação ampla, contínua e integrada que possibilite ações redistributivas, de apoio e de defesa de direitos, sobretudo, dos mais vulneráveis por causa da pobreza, exclusão social e pela violência. O trabalho em rede passa a ser uma exigência da realidade, como se constata nos vários textos dessa parte do trabalho, proposta sugerida também nos documentos oficiais, como o ECA e a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001).

Alguns autores como Ube (2002), Bronfman (2000) e Nogueira (1995), na mesma linha tratada nos capítulos que compõem esta parte, pontuam as premissas para um trabalho em rede: 1) negociação para tomada de decisões, respeitando-se a identidade, a autonomia e a vocação de cada participante; 2) criação de espaços de conversação e expressão coletiva; 3) consciência de que a atuação deve ser constantemente reavaliada para se ajustarem seus rumos; 4) relações de poder horizontais e democráticas. A análise das redes

deve ainda levar em conta sua historicidade e o contexto sociopolítico em que se inserem (FELDMAN-BIANCO, 1987).

Trabalho em rede e a inclusão das redes sociais familiares – ao contrário das redes de proteção, criadas para a defesa dos direitos de crianças e adolescentes, as redes sociais geralmente são espontâneas ou dadas por parentesco. Compõem-se dos laços familiares e comunitários, de grupos de lazer, de vizinhança e de trabalho, dentre outros. Permitem a ancoragem dos indivíduos em grupos de referência, isto é, a vinculação de pessoas às pessoas mais próximas, possibilitando a partilha de valores e a adoção de comportamentos comuns.

Uma tônica muito comum no perfil das famílias envolvidas em práticas de violências contra crianças e adolescentes é o seu isolamento em relação a suas comunidades e a seu grupo de parentesco. Isso aumenta consideravelmente sua vulnerabilidade, pois se sabe que as redes sociais são fonte de apoio, cumprindo papéis de suporte emocional, material e espiritual. Recentemente, o benefício desse suporte tem sido reconhecido na literatura como fator preponderante para a manutenção da saúde dos indivíduos, para sua melhor recuperação diante de doenças e de outros agravos e para a sobrevivência em casos de enfermidades crônicas (CHOR *et al.*, 2001; BRONFMAN, 2000).

140

Analisando famílias em situação de crise durante mais de 20 anos, Klefbeck (1995) mostra que, quando os pais não conseguem cuidar de seus filhos de forma protetiva, a principal estratégia de atuação dos profissionais deveria ser mapear o envolvimento e o avivamento das redes sociais da família atendida. Segundo o autor, essa estratégia permite a revitalização dos laços de solidariedade, promovendo um suporte mais duradouro do que o promovido por instituições oficiais, como as do setor Saúde e da área de bem-estar social. O autor comenta que as relações de vínculo podem ser positivas ou negativas, contínuas ou esporádicas, mas, em cada rede familiar, de vizinhança e de trabalho é possível identificar pessoas de referência, capazes de promover solidariedade.

A proposta de Klefbeck é que a abordagem de proteção integral aconteça desde o início com a participação dos pais, ajudando no mapeamento de suas redes sociais, em quatro campos: família, parentes, companheiros de estudo e trabalho, amigos e vizinhos. Nesse momento, já começa uma forma de sensibilização, pois são identificadas as pessoas que lhes são mais significativas. Ao tomar consciência de suas redes, os pais precisam ser incentivados a mobilizar as pessoas de sua interação. Os profissionais podem ajudar a mobilizar essa rede, mas não devem substituir a família. Esse eixo da atuação pode conduzir ao reatamento de laços ou, ao contrário, sugerir que determinados vínculos considerados destrutivos sejam reavaliados. A idéia central é que, além da importante relação da criança com seus pais e irmãos, o seu desenvolvimento seja também positivamente influenciado por outros vínculos de seu núcleo social de referência.

Bronfman (2000) assinala que a configuração das redes das famílias também é um ponto que mereceria, por si só, uma reflexão própria, avaliando-se o tipo de intercâmbio que ocorre entre os membros quanto à circulação de informação, apoio pecuniário e suporte

moral, por exemplo; o grau de conectividade para se perceber se os laços são estáveis ou instáveis; a densidade das interações, ou seja, avaliar se o número de indivíduos que integra as relações da pessoa a ser ajudada ou a frequência dos intercâmbios, sua porosidade ou abertura e sua acessibilidade no tempo e no espaço.

Conclui-se, portanto, que a articulação entre vários tipos de profissionais, de serviços e de setores é uma condição necessária para se realizar uma ação de proteção integral das crianças e dos adolescentes. Nesse sentido, os serviços de saúde têm marcado um lugar de protagonismo, tanto na participação de redes, como na articulação das mesmas.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*: Portaria MS/GM n.º 737, de 16 de maio de 2001, publicada no DOU n. 96 Seção 1E, de 18 maio 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 64 p. (Série E. Legislação de Saúde, n. 8).

BRONFMAN, M. *Como se vive se muere*: familia, redes sociales y muerte infantil. Cuernavaca: UNAM, 2000.

CARVALHO, M. do C. B. de. O lugar da família na política nacional. In: CARVALHO, M. do C. B. de (Org.). *A família contemporânea em debate*. São Paulo: Educ; Cortez, 2002. p. 15-22.

CHOR, D. et al. Medidas de rede de apoio social no estudo pró-saúde: pré-testes e estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 4, p. 887-896, 2001.

DAWBOR, L.; IANNI, O.; RESENDE, P. E. A (Org.). *Desafios da globalização*. Petrópolis: Vozes, [1998]. 304 p.

DESCARTES, R. Discurso do método. In: ———. *René Descartes: os pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 1997. p. 23-71.

FELDMAN-BIANCO, B. (Org.). Introdução. In: ———. *Antropologia das sociedades contemporâneas*. São Paulo: Global, 1987. p. 7-45.

KLEFBECK, J. Los conceptos de perspectiva de red y los métodos de abordaje en red. In: DABAS, E., NAJMANOVICH, D. (Org.). *Redes: el lenguaje de los vínculos*. Buenos Aires: Paidós, 1995. p. 345-356.

NAJMANOVICH, D. El lenguaje de los vínculos: de la independencia absoluta a la autonomía relativa. In: DABAS, E.; NAJMANOVICH, D. (Org.). *Redes: el lenguaje de los vínculos*. Buenos Aires: Paidós, 1995. p. 33-76.

NOGUEIRA, R. M. Redes sociales: más allá del individualismo y del comunitarismo. In: DABAS, E.; NAJMANOVICH, D. (Org.). *Redes: el lenguaje de los vínculos*. Buenos Aires: Paidós, 1995. p. 337-344.

UBE, W. Redes sociais: possibilidade metodológica para uma prática inclusiva. In: CARVALHO, A. et al. (Org.). *Políticas públicas*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2002.



CAPÍTULO XIII

Redes de Proteção: Novo Paradigma de Atuação – Experiência de Curitiba

Vera Lúcia Alves de Oliveira¹
Luci Pfeiffer²
Carmen Regina Ribeiro³
Maria Tereza Gonçalves⁴
Iracema Aparecida Espigiorin Ruy⁵

Introdução

A realidade da violência sofrida pela infância e adolescência impõe ao poder público e à sociedade civil organizada uma abordagem ampla e integrada para o seu enfrentamento. A infância e a adolescência configuram um período da vida em que, em tese, as pessoas têm maior contato com os diversos setores e serviços públicos, em especial de educação, saúde e assistência social. Nesse sentido, esses serviços podem ser concebidos como lugares legítimos de proteção, transcendendo suas especificidades.

Nessa perspectiva, a proposta denominada Rede de Proteção às Crianças e aos Adolescentes em Situação de Risco para a Violência foi criada e estruturada com a participação direta dos vários setores envolvidos no atendimento desse segmento social. Objetiva:

- contribuir para a redução da vulnerabilidade infanto-juvenil, em especial quanto à violência intrafamiliar;
- intervir precocemente nas situações geradoras de violência, interrompendo o processo de repetição e agravamento dos maus-tratos;
- oferecer o atendimento necessário às vítimas, às suas famílias e aos agressores;
- produzir informações e indicadores que permitam conhecer o problema e construir propostas e projetos voltados para a prevenção da violência na cidade de Curitiba.

É fundamental que alguns aspectos dessa estrutura de organização sejam explicitados para a compreensão das bases que a caracterizam enquanto rede, salientando que a opção

¹ Cirurgia-dentista, especialista em Saúde Pública e Odontologia Preventiva e Social, chefe da Coordenação de Diagnóstico em Saúde do Centro de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, membro da Coordenação Municipal da Rede de Proteção às Crianças e aos Adolescentes em Situação de Risco para Violência de Curitiba – PR.

² Médica pediatra, membro do Departamento de Segurança da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e presidente deste Departamento na filial do Paraná, coordenadora do Grupo de Trabalho Crianças e Adolescentes Especiais da SBP, membro da Coordenação Municipal da Rede de Proteção às Crianças e aos Adolescentes em Situação de Risco para Violência de Curitiba – PR.

³ Socióloga, especialista em Planejamento e Organização de Sistemas de Saúde, Planejamento de Recursos Humanos e História Econômica.

⁴ Assistente social, técnica do Instituto Municipal de Administração Pública, membro da Coordenação Municipal da Rede de Proteção às Crianças e aos Adolescentes em Situação de Risco para Violência de Curitiba – PR.

⁵ Pedagoga, técnica da Secretaria Municipal da Educação de Curitiba, membro da Coordenação Municipal da Rede de Proteção às Crianças e aos Adolescentes em Situação de Risco para Violência de Curitiba – PR.

por essa forma de gestão é uma imposição das muitas demandas que surgem nesse tipo de atendimento e que exigem agilidade, autonomia, comunicação ampla e cooperação.

O Brasil, recentemente, tem descoberto a potencialidade da atuação em rede como forma ou estrutura de organização capaz de reunir pessoas e instituições em torno de objetivos comuns. A rede é um padrão organizacional que prima pela descentralização na tomada de decisão e pela democracia, pela flexibilidade e pelo dinamismo de sua estrutura, pelo alto grau de autonomia de seus membros e pela horizontalidade das relações entre os seus elementos. A rede opera por meio de um processo de radical desconcentração de poder. Segundo Manuel Castells (1999), sua morfologia é uma fonte de drástica reorganização das relações de poder.

Dentro das premissas expostas, a rede de proteção não é um novo serviço, ou uma nova obra, mas sim uma concepção de trabalho que dá ênfase à atuação integrada e intersetorial, envolvendo todas as instituições que desenvolvem atividades com crianças e adolescentes e suas famílias, destacando-se as escolas, creches, unidades de saúde, hospitais, programas de contra-turno escolar, dentre outros.

A concepção de rede permite que novos parceiros se agreguem, ampliando o espectro inicial de instituições e, portanto, de alternativas de intervenção. Por isso, ampliar parceiros, envolver instituições governamentais e não-governamentais e a comunidade são diretrizes que norteiam a rede de proteção. Como partícipe de uma rede, cada um tem o seu papel. Isso implica em mudanças de postura e prática de não envolvimento e de passar o problema adiante, tanto nos serviços como na própria comunidade.

Participam da formulação, implantação e acompanhamento dessa ação integrada: as secretarias municipais da Saúde, Educação, Meio Ambiente, a Fundação de Ação Social, o Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba, o Instituto Municipal de Administração Pública, os Conselhos Tutelares e a Sociedade Paranaense de Pediatria.

Além desses parceiros, foi possível discutir a concepção da rede de proteção com um grupo significativo de técnicos vinculados a outras instituições que, em momentos e intensidades diferentes, deram e dão sua inestimável contribuição. É importante salientar que este é um trabalho em constante construção, pois exige mudanças culturais e de hábitos arraigados de trabalho setorizado e verticalizado.

Implantação da rede

A implantação de uma rede de proteção não implica necessariamente em grandes investimentos do setor público ou privado. Tem como base a mudança de forma de olhar dos profissionais que prestam assistência às crianças e aos adolescentes e suas famílias, no sentido de estar orientando, acompanhando, diagnosticando precocemente e prestando assistência às vítimas em situações de risco para violência, com o apoio dos meios de proteção legal.

Não prevê inicialmente a criação de novos serviços ou programas, mas sim a integração dos existentes, necessitando de pessoas sensibilizadas e envolvidas. Somente após a implan-

tação é que se poderá ter um diagnóstico real da situação e da necessidade de outros serviços ou estruturas, os quais certamente serão complementares à proposta inicial.

O Município de Curitiba apresenta uma estrutura organizacional voltada à descentralização da gerência e das ações, regionalizando os equipamentos e estabelecendo uma estrutura constituída por oito regionais administrativas. A implantação da rede de proteção se deu de forma progressiva, de uma por uma dessas instâncias. Em cada uma delas, o processo iniciou-se pela apresentação do projeto às chefias regionais de cada secretaria e às demais instituições envolvidas e, a partir daí, pelo estabelecimento da Coordenação Regional da Rede de Proteção e pelo planejamento conjunto do processo de capacitação.

Nesse primeiro momento, foram sensibilizados e capacitados, no mínimo, dois profissionais com função de direção e supervisão técnica, lotados em cada unidade de atendimento à criança e ao adolescente existente naquela regional. Abrangia-se, assim, a atuação em escolas, creches, unidades de saúde, hospitais, abrigos, dentre outros, assim como técnicos dos diferentes núcleos administrativos da regional em questão.

As capacitações se desenvolveram em quatro períodos de quatro horas, com a participação conjunta de todos os profissionais, independentemente de sua formação, profissão ou vínculo profissional. Foram discutidos temas relacionados ao reconhecimento de sinais de alerta para a violência, técnica de abordagem da criança, do adolescente e da família, identificação da gravidade do caso, atendimento, notificação, encaminhamentos, orientações e acompanhamentos necessários. Buscava-se estimular o desenvolvimento de ações de proteção à criança e ao adolescente e de ajuda à família, fortalecendo-a para que pudesse ter condições de cumprir seu papel de criar, educar e proteger seus filhos. Todo o conteúdo trabalhado foi disponibilizado por meio de um Protocolo de Atendimento e de um Manual para Preenchimento da Ficha de Notificação.

O último período da capacitação propiciou, por meio do estudo de um caso real de maus-tratos, a sensibilização dos profissionais dos diferentes equipamentos para a importância do trabalho integrado e para a estruturação das redes locais de proteção – estrutura local da rede de proteção configurada como grupos de trabalho com representantes das unidades existentes em cada microárea (área de abrangência de uma unidade de saúde) e propiciando o trabalho em rede.

A implantação nos hospitais e nas maternidades tem merecido uma ação mais localizada, enfocando principalmente setores mais específicos como serviço social, ginecologia, pediatria, pronto atendimento, setor de queimados e ortopedia. Além de notificadores, os estabelecimentos hospitalares têm participado ativamente da proposta, configurando-se como referência para o atendimento dos casos de maior gravidade e os de violência sexual.

O funcionamento da rede: processo e possibilidades

A partir de uma situação de violência contra crianças e adolescentes identificadas por professor, médico, enfermeira, educador, assistente social, dentista, psicólogo, pedagogo

ou qualquer outro profissional, desencadeia-se um processo que se inicia pelo levantamento de informações que possibilitem a análise da gravidade da situação e do risco de novas agressões. Para essa avaliação, considera-se a condição da vítima, o tipo e a característica da violência sofrida, as características do agressor e as condições da família em prestar socorro e proteção à criança ou ao adolescente vitimado. A partir dessa avaliação inicial, o caso é classificado como leve, moderado ou grave e deverá resultar na definição dos procedimentos a serem tomados pelo serviço que identificou o problema.

Alguns cuidados devem ser observados por ocasião da abordagem da criança ou do adolescente e sua família:

- realizar a conversa em local reservado, agradável e tranquilo, mas não exclusivo para esse atendimento, para não estigmatizar os que lá entram. O clima deve ser o que possibilite oferecer confiança e segurança para que a criança ou adolescente possa contar sua história;
- evitar a necessidade de repetição da história a vários profissionais, o que multiplica o sofrimento;
- permitir que a vítima conte espontaneamente sua visão da violência sofrida, anotando-se fielmente o que é dito, não induzindo por meio de perguntas, nem interpretando as respostas. Quando não entender parte do relato, é preciso usar as próprias palavras da criança para esclarecer dúvidas;
- evitar perguntas diretas sobre os detalhes da violência sofrida que sejam desnecessários ao diagnóstico ou tratamento;
- não prometer o que não pode ser cumprido, como afirmar à criança ou ao jovem que nunca mais sofrerá outra agressão. É importante que se diga sempre a verdade, explicando-se os passos que vão ser seguidos para seu diagnóstico, tratamento e proteção, mostrando sempre a importância deles estarem procurando ou aceitando ajuda;
- esclarecer que eles não devem se envergonhar pelas agressões sofridas, nem se sentirem culpados por elas, muito menos pelas medidas que vão ser tomadas para protegê-los, pois têm direito à proteção;
- conversar, sempre que possível, com os pais e a criança separadamente, para perceber discordâncias nas histórias sobre o trauma e definir o diagnóstico;
- acolher o sofrimento da criança ou do adolescente, procurando não fazer nenhum comentário negativo ou depreciativo dela, da família ou do agressor, demonstrando sempre seu interesse pelo seu bem-estar;
- criar fluxo de atendimento definido e codificado, conhecido por toda a equipe. Como exemplo, um hospital de referência para os casos de abuso sexual criou um carimbo que é colocado em todos os pedidos de avaliações, exames e encaminhamentos – paciente suspeito de abuso sexual (PSAS).

Os casos de menor gravidade, considerados leves, desencadeiam o preenchimento e o encaminhamento da Ficha de Notificação Obrigatória, orientação aos pais ou responsáveis, atenção constante à criança por meio de visita domiciliar, consulta de retorno, comunicação com os outros equipamentos (escolas, creches, contra-turno⁶, unidades de saúde) com os quais a criança ou o adolescente tenha algum vínculo e estímulo à participação dos pais em atividades de orientação familiar, dentre outros.

Os casos moderados e graves, além dos encaminhamentos anteriores, exigem procedimentos emergenciais: comunicação imediata por telefone ao conselho tutelar e ao SOS Criança ou encaminhamento imediato a um serviço de saúde e acionamento de outros serviços de proteção legal. Nos atendimentos de maior gravidade, a liberação da criança ou do adolescente só deve acontecer após a garantia da sua proteção com a presença do conselheiro tutelar, mesmo que para isso seja necessário o seu internamento.

Todos os casos, tanto leves como moderados ou graves, são acompanhados e monitorados pelos serviços que atendem àquela criança ou adolescente e sua família. Tais serviços atuam de forma integrada, organizando-se como uma rede local de proteção. Como já dito, cada rede local tem sob sua responsabilidade a população residente em um determinado espaço geográfico definido de acordo com a delimitação da área de abrangência da unidade de saúde que a compõe. Assim, as escolas, as creches, os programas de contra-turno escolar ou qualquer outro serviço localizado na circunscrição de uma unidade de saúde formam uma rede local e trabalham como tal, discutindo e acompanhando os casos identificados no âmbito daquela área. Esse acompanhamento é feito por meio de reuniões mensais ou agendadas de forma extraordinária quando necessário. Nesse espaço, os casos são discutidos e apontados para os encaminhamentos necessários.

Durante todo este processo deve existir a constante preocupação de manutenção do sigilo das informações colhidas. Orienta-se o cuidado de relatá-las somente para os profissionais cujo conhecimento do caso seja importante para o acompanhamento e a proteção da criança ou do adolescente, evitando-se, dessa maneira, estigmatizar a vítima e banalizar a situação.

Dessa forma, frente a uma situação de violência, à área da saúde cabe a confirmação do diagnóstico e seu tratamento, o encaminhamento aos serviços de saúde mental e o tratamento de fatores potencializadores da violência, como o uso de álcool e outras drogas. Na área da educação, são indispensáveis o acompanhamento diferenciado da criança ou do adolescente e o apoio pedagógico, minimizando possíveis distúrbios de aprendizagem decorrentes da situação de violência. E, certamente, buscando-se a inclusão dos pais em grupos de orientação e acompanhamento. Os serviços sociais devem ser acionados nos casos em que, dentre os fatores potencializadores da violência, estão a falta de condições dignas de vida e a ausência de suporte familiar. O trabalho integrado tem possibilitado a articulação entre os vários serviços, mobilizando as diferentes equipes para obtenção de melhores resultados.

⁶ Programa de Atividades e Acompanhamento do Estudante em Turno Contrário ao Turno do Estudo.

Não é raro uma escola solicitar a visita domiciliar de um agente comunitário de saúde para a confirmação de uma suspeita, e nem um programa de contra-turno escolar possibilitar uma vaga para determinada criança que se encontra em risco para a violência.

Cada um dos cinco conselheiros tutelares da regional é responsável e acompanha os casos observados em uma ou mais redes locais previamente definidas, participando das reuniões mensais e discutindo os casos em conjunto com representantes dos serviços dessa área. Essa aproximação tem melhorado as relações entre os conselhos tutelares e os profissionais responsáveis pelo atendimento às crianças e aos adolescentes como fruto da compreensão dos papéis de cada um.

Estrutura das redes

Todas as 109 redes locais encontram-se vinculadas a uma coordenação regional igualmente composta de forma intersetorial, com representantes de todas as instituições que compõem a rede de proteção naquela regional (BRASIL, 2002). A Coordenação Regional tem a função de:

- dar continuidade e unidade às redes locais de proteção;
- constituir-se em referência para as equipes locais em relação problemas, dificuldades, e encaminhamentos;
- estabelecer a ligação entre as redes locais e a coordenação municipal da rede de proteção;
- garantir o fluxo da notificação obrigatória;
- envolver a comunidade local como parceira;
- divulgar o trabalho da rede e ampliar o espectro de instituições participantes.

Apesar de possuírem uma composição básica formada por representantes do setor Saúde, Educação, Social e Conselho Tutelar, a rede local e a coordenação regional acabam por agregar outras instituições atuantes naquele espaço geográfico, tais como guarda municipal, Pastoral da Criança, polícia civil, dentre outros.

Todas as coordenações regionais vinculam-se a uma coordenação municipal composta por representantes das várias instituições constituintes da rede de proteção no Município de Curitiba. Compete à Coordenação Municipal:

- viabilizar a articulação de todos os serviços e programas envolvidos, respeitando as diferenças institucionais;
- contribuir para a mudança de paradigma quanto à metodologia de trabalho, fortalecendo o princípio de rede e rompendo a tradição de ações isoladas e setorializadas;
- manter um sistema de capacitação permanente;
- estabelecer fluxo e sistemas de processamento das informações, alimentando um banco de dados com análises periódicas para a definição de prioridades;
- dar unidade às redes regionais, identificando problemas e estabelecendo propostas de encaminhamentos;

- constituir-se em referência para as equipes regionais em relação a problemas, dificuldades, encaminhamentos para casos de maior complexidade, dentre outros.

Essa composição e organização têm possibilitado respeitar as diversidades regionais e locais e, ao mesmo tempo, manter um núcleo comum de ação e unidade conceitual.

A ficha de notificação obrigatória: instrumento para ação

A normatização e a padronização de um instrumento de notificação da violência é uma das estratégias utilizadas para o acompanhamento dos casos e a manutenção de um banco de dados, ao mesmo tempo em que se cumpre o previsto no ECA no que diz respeito à obrigatoriedade da comunicação dos maus-tratos observados.

Diante da suspeita ou comprovação de abusos, os profissionais devem prestar o atendimento necessário e formalizar a notificação por meio da Ficha de Notificação Obrigatória de Violência ou Suspeita de Violência Contra Crianças e Adolescentes.

Nos casos moderados ou graves em que haja a necessidade da presença imediata do conselho tutelar ou do SOS Criança, esses devem ser acionados por telefone ou fax. Tal procedimento não desobriga o preenchimento da ficha de notificação. Essa ficha é um formulário de uso comum para as diferentes unidades notificadoras, composta por três vias carbonadas. A unidade notificadora arquiva a terceira via e envia, por malote, as duas primeiras para sua respectiva coordenação regional. Essa encaminha a primeira via para o conselho tutelar da região, fluxo facilitado pela proximidade física entre os diferentes equipamentos. A segunda via é encaminhada para o SOS Criança. Conselheiros tutelares e técnicos do SOS Criança reavaliam o caso; verificam, em seus bancos de dados, a existência de registros anteriores que possam indicar reincidência de situações de violência, considerando a vítima e o agressor; e definem os procedimentos específicos cabíveis. Na sistemática da rede, a Secretaria Municipal de Saúde é responsável pela construção do banco de dados e democratização das informações.

É importante ressaltar que os agentes comunitários de saúde (ACS), apesar do seu papel fundamental na identificação e no acompanhamento dos casos, não se configuram como notificadores, por causa de sua forte inserção na comunidade onde exercem suas atividades. As situações por eles observadas são confirmadas e posteriormente notificadas pela Unidade de Saúde. As informações geradas pelos estabelecimentos hospitalares são recolhidas por funcionários da Secretaria Municipal da Saúde e encaminhadas aos seus destinos (Conselho Tutelar e SOS Criança).

Cabe à Coordenação Regional a manutenção de fluxo de comunicação com a regional onde residem as vítimas que procuraram os serviços, inclusive no caso da criança ou do adolescente virem, por questões de proteção, a não residir momentaneamente em seu bairro. No caso de moradores da Região Metropolitana, cópia de notificação dos maus-tratos devem ser encaminhadas para o conselho tutelar de sua cidade de residência.

O SOS Criança passa a ser também um serviço notificador dos casos atendidos por procura direta a este serviço. As informações geradas por ele são encaminhadas à rede local

de residência da criança ou do adolescente, por meio da coordenação regional. O conjunto das informações compõe o banco de dados da rede de proteção, garantindo, assim, sua unificação. Em todo o fluxo dos documentos, merece ser ressaltado o cuidado que se deve ter, pessoal e institucionalmente, para o sigilo das informações neles contidas. Precisam ser transportados em envelope lacrado, endereçado nominalmente à pessoa indicada. A diretriz que nunca se pode perder de vista é que a notificação é um instrumento de proteção e o início de um processo de informação que tem como finalidade maior o acompanhamento integral da criança ou do adolescente. Por isso, não deve ser entendida como uma denúncia e nem ser um fim em si mesma, nem o término do processo que desobrigaria o acompanhamento e a avaliação constante da situação.

Conclusões

Na rotina da assistência, crianças e adolescentes passam pelos profissionais de todas as áreas, muitas vezes como vítimas mudas da violência, esperando que alguém perceba os sinais que emitem e interrompa seu sofrimento. Quantas ficam hoje sem diagnóstico! E das que se comprovam sintomas de agressão, quantas recebem a assistência adequada e são protegidas de um novo episódio de violência!

150

Muito há que se caminhar ainda para tornar o projeto de proteção integral cada vez mais resolutivo. No entanto, entende-se que a violência contra crianças e adolescentes é multicausal e, conseqüentemente, as necessidades de intervenção não se esgotam em um projeto, especialmente quando se trata dos casos mais graves, na medida que muitos deles chegam aos serviços de proteção já cronificados. Assim, o objetivo maior da proposta aqui descrita é intervir precocemente nas situações de vulnerabilidade e, assim, contribuir efetivamente para o crescimento e desenvolvimento saudáveis desse grupo populacional.

A construção de indicadores e de instrumentos de avaliação dos resultados alcançados pela rede de proteção é um novo desafio que se coloca, ao lado de outros, como a manutenção de equipes sensibilizadas e capacitadas, a ampliação de parcerias, a humanização do processo de realização dos exames médico-legais, as mudanças na legislação penal, a ampliação para o setor privado de educação e saúde, dentre outras tarefas.

Referências bibliográficas

CASTELLS, M. *A Sociedade em rede: a era da informação: economia, sociedade e cultura*. São Paulo: Paz e Terra, 1999. v. 1.

REDE de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência. *Manual de atendimento*. Curitiba: [s.n.], 2002.



CAPÍTULO XIV

Atenção a Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência: Redes de Atenção – A Experiência de Goiânia

Maria Luiza Moura Oliveira¹

Introdução

O objetivo deste trabalho é fornecer uma compreensão da Rede de Atenção a Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência em Goiânia, como um exemplo de possibilidade de atuação na busca de proteção integral de grupos sociais específicos. Para tal empreendimento, faz-se necessário um olhar sobre a história e o contexto em que esta rede foi criada, explorando-se seus eixos e princípios de atuação. O foco de atenção e o contexto referencial é o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente. As redes de apoio e proteção são formas de organização social que vêm se estruturando, no Brasil, desde a década de 80, com o objetivo de socializar e propiciar funcionalidade às intervenções em favor de pessoas em situações de vulnerabilidade e risco.

Muitas dessas redes foram gestadas no contexto histórico da mobilização por cidadania, ocorrida em torno da Constituição Federal de 1988. A finalidade era organizar a sociedade civil, em busca de soluções para questões que demandavam mudanças, como a situação da mulher, do negro e das crianças. Esse movimento foi responsável pela concepção do desenho do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente. Demarcou princípios básicos que orientaram para a municipalização do atendimento, a participação direta da sociedade e a criação dos conselhos de direitos de composição paritária, envolvendo o Estado e a sociedade civil.

A complexidade das relações que envolvem a violação de direitos de crianças e adolescentes exige que o sistema funcione em sintonia com o conjunto da sociedade no estabelecimento de interconexões flexíveis e criativas. Assim, o trabalho em redes de proteção, toma como estratégia-chave a consolidação de parcerias. No entanto, o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente não é algo isolado da realidade, encontra-se profundamente inserido em um macrocontexto, passando por suas influências e limitações.

Breve histórico do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente

Para compreender o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, faz-se necessário colocá-lo no contexto de sua aplicação prática. Isso vai além de descrever

¹ Psicóloga, coordenadora-geral do Centro de Estudo, Pesquisa de Extensão Aldeia Juvenil da Universidade Católica de Goiás (UCG/GO), mestranda em Psicologia Social na UCG e pesquisadora do Núcleo de Pesquisa Infância, Adolescência e Família da UCG.

sua expressão semântica, embora esse sentido conceitual seja um aspecto que este texto pretende esclarecer.

Assim, de acordo com Barbosa (2002), sistema é um conjunto inter-relacionado de regras e princípios, que resultam numa doutrina. A doutrina, por sua vez, direciona-se para questões especiais que visam a fundamentar a realização de finalidades específicas. No que se refere ao foco principal deste capítulo, a doutrina é a **proteção integral**, cujo princípio é o **interesse da criança e do adolescente** e a regra, a **garantia de direitos**.

Nessa direção, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei n.º 8.069/90 – traduz a determinação política que pauta os princípios da doutrina de proteção integral, contrapondo-se ao antigo modelo do Código de Menores de 1927 e 1979, que se dirigia e se destinava à “infância em situação irregular”. Ou seja, o Estado só reconhecia como seu dever e responsabilidade o cuidado com o menor, quando esse necessitava de amparo ou tutela nas situações caracterizadas por ato infracional ou omissão por parte da família. O ECA, então, afirma a noção de “criança e adolescente como sujeitos de direitos” preconizando, assim, a garantia ampla dos direitos pessoais e sociais das mesmas, a ser assumida por toda sociedade, como estabelecido em seu artigo 3.º:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

152

A respeito dos direitos especiais, Bazílio e Kramer (2003) destacam os princípios gerais que norteiam o texto do ECA:

- A condição peculiar de desenvolvimento da criança e do adolescente.
- A condição de sujeitos de direitos fundamentais e individuais, garantidos por meio de responsabilidades e mecanismos amplamente descritos.
- A condição de direitos assegurados pelo Estado e conjunto da sociedade como absoluta prioridade (p. 23).

Santos (2003), ao trabalhar o histórico da mobilização social na área da infância no País, afirma que o tema sobre a violação dos direitos no âmbito da violência contra criança e adolescente só comparece na agenda das organizações de defesa dos direitos humanos das crianças e dos adolescentes a partir de 1991. E prossegue, em sua afirmação, explicando as contribuições oriundas do paradigma dos direitos da criança e do adolescente difundidas pelo movimento dos direitos, escritas no ECA e somadas outras normas, acordos internacionais e documentos², que inauguraram os alicerces do sentimento de intolerância com

² Documentos que fundamentam o Estatuto da Criança e do Adolescente: Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959), Convenção 138 da Organização Internacional do Trabalho Sobre a Idade Mínima para Admissão no Emprego (1976), Convenção Internacional Sobre os Direitos das Crianças (1989), as Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça da Infância e da Juventude; Regras de Bijing, Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens Privados de liberdade.

os desmandos e deram visibilidade às diversas formas e situações de violação de direitos humanos.

Cabe lembrar que refletir sobre a política de atendimento às crianças e aos adolescentes, até o final da década de 80 e início da década de 90, era tornar visíveis aspectos intocáveis, negados e/ou negligenciados nas discussões sobre a infância e a adolescência brasileira. Discutir esse tema, então, supõe situar a criança e o adolescente em um mundo real, em que os mesmos comparecem como sujeitos concretos e, portanto, históricos e sociais. A realidade de desproteção e os relatos de violências contra crianças e adolescentes, registrados por organizações criadas para a promoção dos direitos desse segmento da população, passaram a evidenciar, tornando públicos, os espantosos testemunhos.

Embora seja preciso reconhecer que a maioria das situações continua e persiste, várias delas, desde o final dos anos 80, passaram a ocupar a pauta dos debates e das agendas públicas, destacando-se: o problema da desproteção dos meninos e meninas de rua, o trabalho infantil, a prostituição infanto-juvenil, os desmandos cometidos contra crianças e jovens institucionalizados, a existência e persistência da violência física, sexual, psicológica, a negligência e o abandono. Os debates e os temas ainda se mantêm na ordem do dia e requerem a máxima atenção, tanto dos profissionais que atuam com eles como de toda a sociedade.

É nesse conjunto de esforços de mudança de uma cultura que colocava a criança e o adolescente como objetos do discernimento e da vontade dos adultos, para o reconhecimento de seu protagonismo enquanto cidadãos, que se situa o Sistema de Garantia de Direitos. Ele deve ser compreendido como um conjunto de instâncias e seus respectivos órgãos que se encarregam de assegurar a implementação das leis de proteção a esse segmento social. Sua operacionalização conta com a institucionalização dos conselhos municipais e estaduais de direitos e com os conselhos tutelares. No plano do Poder Judiciário, passam a atuar com forte presença o Ministério Público, a defensoria pública, as varas da infância e da juventude, o juizado e as delegacias especializadas.

Dessa forma, todas as vezes que um profissional de saúde, outros profissionais ou qualquer cidadão suspeitam de casos de violência têm a quem notificar. A notificação permite iniciar a interrupção do ciclo perverso do domínio e da crueldade adultocêntrica. A partir dela, é possível desenvolver um processo de: (a) defesa de direitos; (b) responsabilização e (c) atendimento específico, visando ao desenvolvimento saudável da pequena vítima de violências e abusos.

A composição do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente

Fazem parte do Sistema de Garantia na área da infância e adolescência as seguintes instâncias: o sistema judiciário; o sistema administrativo de atendimento e o sistema de políticas setoriais. Cada uma delas é dividida em órgãos, com atribuições bem definidas, como se descreve a seguir.

Poder Judiciário

- Delegacia especializada – é um órgão da polícia civil encarregado de investigar e apurar fatos em que crianças e adolescentes sejam vítimas de crimes. Embora em poucas cidades do País exista esse tipo de delegacia, nelas os serviços prestados demonstram grande contribuição para o respeito ao ECA, por dar atenção específica a esse segmento social e contar com pessoal preparado para atuar.
- Ministério Público – cuida de fiscalizar o cumprimento da lei. No desempenho de seu papel, os promotores têm demonstrado ser fortes aliados do movimento social de defesa dos direitos da criança e do adolescente. Os centros operacionais e as coordenadorias do Ministério Público vêm se constituindo, em alguns estados, em espaços importantes na implantação e na fiscalização do cumprimento do ECA, sendo reconhecidos como fiscais da lei.
- Defensoria pública – órgão encarregado de prestar assistência jurídica gratuita para as pessoas que dela necessitam. A população tem esse direito assegurado pela Constituição Federal. Nem todos estados possuem defensorias, porém, naqueles onde ela opera a favor das crianças e adolescentes, sua contribuição é inestimável.
- Justiça da infância e da juventude – é o órgão encarregado de aplicar a lei para solucionar os conflitos relacionados aos direitos da criança e do adolescente. Nas diferentes varas que instalam, o papel desse juizado é fundamental para a proteção integral das crianças e dos adolescentes.

Sistema administrativo de atendimento

Conselho tutelar – é um órgão administrativo ligado instalado na esfera da administração municipal, mas autônomo, responsável pelo atendimento de crianças e adolescentes ameaçados ou violados em seus direitos. Tem o poder de aplicar medidas cabíveis conforme a situação dos casos notificados. A quantidade de instâncias tutelares depende do número de habitantes na localidade. São suas atribuições:

- atender a criança e o adolescente que tiveram seus direitos ameaçados ou violados e aplicar as medidas de proteção conforme o artigo 101 do ECA;
- promover o cumprimento de suas determinações, solicitando serviços e recorrendo à justiça para a responsabilização dos que descumprirem a lei e não apresentarem justificativa;
- fazer cumprir as medidas educativas aplicadas pela justiça a adolescentes infratores;
- participar junto ao Poder Executivo na elaboração de propostas orçamentárias para planos e programas de atendimento dos direitos da criança e do adolescente;
- atender as mães, os pais ou os responsáveis que estiverem violando os direitos de crianças e adolescentes e, no caso, aplicar as medidas cabíveis conforme artigo 129 do ECA;

- entrar na justiça, em nome de pessoas e de famílias, para defendê-las de programas de rádio e televisão que contrariem os princípios constitucionais, bem como de propagandas de produtos, práticas e serviços que possam ser nocivos à saúde e ao meio ambiente;
- encaminhar para o Ministério Público casos que demandem ações judiciais de perda ou de suspensão do pátrio poder;
- fiscalizar as entidades governamentais e não-governamentais que executem programas socioeducativos e de proteção segundo artigo 136 do ECA.

Conselhos de direitos nacional, estadual e municipal – são órgãos deliberativos e controladores das ações na área da infância e adolescência, no que diz respeito a políticas públicas. Eles devem permitir participação paritária, exigindo-se, em sua composição, equilíbrio entre membros do governo e da sociedade civil organizada.

Sistema de políticas setoriais incluindo-se o setor Saúde

Este sistema envolve setores, tais como: saúde, educação, aprendizagem profissional, esporte e lazer, assistência social e cultura. A atuação conjunta das políticas setoriais é fundamental. E, sem sombras de dúvidas, o sistema de saúde assume um lugar de ator indispensável no cenário dessa articulação.

Assumindo um posicionamento claro no campo das políticas setoriais que buscam superar os abusos e os maus-tratos que prejudicam o crescimento e o desenvolvimento infantil e juvenil, o Ministério da Saúde, em seu Plano Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001), afirma que:

A gravidade desse tipo de violência manifesta-se tanto nas conseqüências imediatas quanto tardias, tais como rendimento escolar deficiente e alteração do processo de crescimento e desenvolvimento. A violência contra criança e o adolescente é potencializadora da violência social, estando presente na gênese de sérios problemas, como população de rua, prostituição infantil e envolvimento em atos infracionais, devendo, portanto, ser alvo prioritário de atenção (BRASIL, 2001, p. 20).

Explicitamente, a partir desse documento, a temática da violência deixa de ser apenas uma preocupação restrita às áreas de Justiça e de Segurança Pública e passa a configurar-se também como uma questão da área da Saúde, demandando, assim, um maior compromisso por parte de seus profissionais. Note-se que até então, a saúde tinha como prioritário apenas o atendimento às lesões e aos traumas provocados pelos abusos e maus-tratos.

Nesse processo amplo de implementação das leis e serviços de proteção e atenção às crianças e aos adolescentes, tanto o ECA como o documento oficial do Ministério da Saúde nomeiam explicitamente que o profissional do Sistema Único de Saúde (SUS) é um ator importante, pois se encontra em posição estratégica para o acolhimento e a detecção das marcas da violência sofrida pelo paciente. Há muito se sabia e hoje está dito com todas as letras que se deve detectar, diagnosticar e tratar os resultantes dos maus-tratos e também notificar e encaminhar para o sistema de defesa e proteção às vítimas. Assim, a postura do

profissional e os encaminhamentos adotados deverão funcionar como facilitador para a interrupção da situação de violência.

O Ministério da Saúde, em 2002, por meio da Secretaria de Assistência à Saúde, elaborou um manual técnico intitulado Notificação de Maus-tratos Contra Crianças e Adolescentes: um Passo a mais na Cidadania em Saúde, que foi distribuído em todo o País. Esse manual tem o objetivo de oferecer aos profissionais subsídios que contribuam para a compreensão da violência como um fenômeno social com suas múltiplas causas e aspectos também multidimensionais; lembrar-lhes os preceitos do ECA que os envolvem como parte da rede de proteção e ajudá-los na melhor forma de se integrarem nessa rede.

É justamente essa nova visão do setor Saúde que gera um posicionamento distinto dos profissionais diante das situações de maus-tratos, colocando-os como cidadãos que, por contribuírem com a proteção integral, ampliam o âmbito da democracia e da inclusão social no Brasil.

Rede de proteção a crianças e adolescentes: definições e contexto

Ao se falar em rede, ou melhor, de trabalho em rede, está em jogo um movimento dinâmico que funciona à base de ligações de um trabalho coletivo, cuja agilidade e eficiência dependem de ações conjuntas e compartilhadas. Historicamente, as redes de proteção na área da infância e adolescência no País têm se configurado como verdadeiras “teias sociais” de sustentação de trabalhos importantes. Ao retomar a origem delas, encontra-se que seu surgimento se deu na efervescência dos movimentos sociais, a partir de uma intensa mobilização das organizações não-governamentais (ONGs), no final dos anos 80.

As articulações em favor da infância e adolescência tornaram-se visíveis em 1988 com a criação do Fórum Nacional Permanente de Entidades Não-Governamentais de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (Fórum DCA). Ele inaugurou o processo de articulação entre as ONG para a elaboração do ECA. Na realidade, o grande movimento social em prol dos direitos da criança e do adolescente se constituiu e foi constituído na mobilização nacional e internacional pela mesma causa, introduzindo-a como “prioridade nacional e absoluta” na Constituição Brasileira de 1988.

Dessa forma considera-se que o ECA é fruto de uma construção coletiva. Conforme Brant e Pereira (1993), o ECA é uma lei escrita por muitas mãos de trabalhadores sociais e juristas comprometidos com o desenvolvimento da imensa população infanto-juvenil do Brasil, consolidando um compromisso político e social estruturado em rede nacional. Sendo assim, a nova lei provoca a sociedade a assumir uma tarefa de potente mudança cultural que continua:

O ECA representa assim um salto qualitativo não apenas pelo modo de conceber a criança, mas pela proposta abrangente da atenção que faz, pelo reordenamento político institucional proposto e, especialmente, porque envolve a sociedade civil na discussão, decisão e controle das políticas de atenção à criança e ao adolescente (BRANT; PEREIRA, 1993, p. 8).

Ao longo do processo de construção do ECA, a idéia de sistema, de rede e de articulação está presente, sobretudo quando se afirma que a educação, a cultura, a assistência social, a saúde e a proteção especial comparecem na agenda de segmentos que promovem a integração das políticas sociais. Na verdade, o movimento que funda o ECA introduz algo quase inusitado no País, ao propor várias formas de articulação, pois a cultura de fragmentação de ações, de oposição entre Estado e sociedade e entre público e privado ainda costuma ser a tônica. Por isso, ao se fazer referência a essas redes direcionadas às crianças e aos adolescentes, fala-se de um acontecimento concreto de criação de um tipo de organização que é fruto de um movimento que articula atores e instituições em torno de parcerias que se complementam. Como bem acentua Gohn (2003, p. 15):

As redes são estruturas da sociedade contemporânea globalizada e informatizada. Elas se referem a um tipo de relação social, atuam segundo objetivos estratégicos e produzem articulações com resultados relevantes para os movimentos sociais e para a sociedade em geral.

Neste texto, se apresenta como um exemplo de possibilidade o trabalho da rede de atenção desenvolvido na cidade de Goiânia.

Rede de Atenção a Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência

157

A rede que se constituiu em Goiânia foi criada em 2000 como resultado de uma articulação do Fórum Goiano pelo Fim da Violência Sexual Infanto-Juvenil e o Fórum Goiano de Mulheres com as instituições, órgãos e entidades ligadas às áreas de Saúde, Assistência Social, Educação e Jurídica. A inclusão das mulheres numa organização que se preocupa em atender às pessoas que se encontram em situação de violência deveu-se às experiências de movimentos sociais em defesa da mulher, encampados tanto pelos grupos feministas quanto pela sociedade civil no Brasil, a partir da década de 60 (BAZÍLIO; KRAMER, 2003).

Historicamente, mulheres e crianças sempre sofreram as conseqüências das formas desiguais da regulamentação das relações sociais, tendo na violência uma de suas manifestações. No caso de Goiânia, outro fator preponderante para a composição da rede nesse formato foi sua articulação com trabalhadores sociais que integram as frentes de defesa e proteção, tanto de mulheres quanto de crianças e adolescentes, em torno de um objetivo comum: o de garantia de direitos desses grupos sociais.

Atualmente bastante consolidada, a rede de atenção é composta por mais de 30 organizações governamentais e não-governamentais de Goiânia e do Estado de Goiás. Em decorrência dessa configuração, essa articulação recebeu o nome de Rede de Atenção a Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência, com os seguintes objetivos:

- promover a articulação dos atores sociais, governamentais e não-governamentais, envolvidos na elaboração de estratégias de enfrentamento do fenômeno;
- capacitar profissionais para o atendimento especializado das pessoas em situação de violência física, psicológica e sexual;
- ampliar e implantar serviços nessa área;
- otimizar recursos humanos e materiais na construção de um modelo de atendimento para outras cidades do Estado de Goiás e do País.

Os tipos de violência atendidos pela rede são: negligências, violência física, psicológica e sexual. O público-alvo da rede compõe-se de crianças, adolescentes e mulheres. As ações desenvolvidas pela da rede de atenção são definidas conforme seis eixos, dividindo-se as responsabilidades entre governo e sociedade civil, de acordo com o Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil³. São eles:

- notificação: procedimento básico para a identificação do tipo de violência. Além de desencadear ações de proteção à vítima, possibilita o planejamento das políticas de ação e intervenção;
- diagnóstico: caracteriza a natureza da violência, verificando a gravidade e o risco de quem está submetido a essa situação. Norteia as medidas mais adequadas de intervenção nos planos sociais, jurídico, psicológico e/ou médico;
- intervenção: deve ser planejada, tomando-se as medidas cabíveis mediante a gravidade de cada caso. Áreas de intervenção: saúde física e mental, atuação social e assistência jurídica;
- formação: é de grande importância para a melhoria da qualidade do atendimento. A formação contínua é feita por meio de cursos, seminários e supervisões;
- pesquisa: é fundamental acompanhar intervenções, construir indicadores de avaliação e teorias confiáveis para subsidiar o planejamento das ações de intervenção;
- prevenção: é a estratégia privilegiada para que não se reproduza o ciclo de violência contra crianças, adolescentes e mulheres.

A rede de atenção a mulheres, crianças e adolescentes, para garantir a ética, a eficiência e a eficácia de seu funcionamento, é orientada por princípios básicos:

- respeito à identidade, à metodologia e à dinâmica de cada organização que a integra;
- potencialização das ações como forma de superar as limitações individuais;

³ Plano elaborado por um conjunto de organizações resultante de um amplo debate nacional, que o tornou um marco político e programático na luta pela garantia dos direitos de crianças e adolescentes. Este plano nacional foi aprovado em julho de 2000 pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e tem como objetivo dar cumprimento à agenda de Estocolmo, definida no I Congresso Mundial Contra a Exploração Sexual, realizado em 1996.

- exercício democrático e horizontal do poder, em que as decisões são coletivamente negociadas e não impostas;
- cooperação como forma de superar dificuldades, superando-se a competitividade entre as organizações componentes;
- operacionalização articulada e descentralizada dos serviços por cada organização.

A composição da rede de atenção é muito diversificada, pois integra: unidades de saúde, instituições de educação, órgãos de assistência social e atendimento especializado, órgãos competentes do sistema de garantias (exigibilidade de direitos ou responsabilização criminal), Ministério Público, delegacia da infância, delegacia da mulher, Justiça da Infância, conselhos tutelares e polícia. Participam também dessa composição tanto entidades de defesa de direitos e de acompanhamento jurídico, como, por exemplo, centros de defesa de direitos, movimentos sociais, organizações de estudos, de pesquisas e de capacitação.

Observa-se que a dinâmica do próprio atendimento desenha o fluxo da rede, esboçando o caminho percorrido pelas vítimas. Vai desde a porta de entrada que, por excelência, são os conselhos tutelares, até o atendimento especializado. Nessa trajetória, definem-se os componentes e seus níveis de atuação por 11 regiões da cidade, que correspondem a distritos sanitários da Secretaria Municipal de Saúde, assim distribuídos:

- unidades de saúde: Centros de Atendimento Integral à Saúde (Cais); Centro de Referência e Apoio Diagnóstico; Centro de Assistência Médico Sanitário (Ciams); Centros de Saúde da Família; Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (UFG); Hospital Materno-Infantil; Hospital de Urgência de Goiânia (Hugo); Instituto Médico Legal (IML); Maternidade Nascer;
- unidades de saúde mental: Centro de Estudo, Pesquisa e Extensão Aldeia Juvenil da Universidade Católica de Goiás (UCG); Secretaria Estadual de Saúde/Centro Integrado Médico Pedagógico (SES/CIMP); Núcleo de Estudo e Coordenação de Ações para a Saúde do Adolescente da Universidade Federal de Goiás (Necasa/UFG); Centro de Atenção Psicossocial do Jardim Novo Mundo (CAPS/SMS); Projeto Sentinela da Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário (Fumdec); Unidade de Atenção à Saúde Mental Água Viva da Secretaria Municipal de Saúde (SMS);
- unidades e órgãos da assistência social: Casa das Flores; Central SOS Criança Desaparecida; Centro de Atendimento à Criança e ao Adolescente; Núcleo de Educação Comunitária do Bairro Floresta; SOS Criança: todas as unidades pertencentes à Sociedade Cidadão 2000 da Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário (Fumdec); Centro Social Dona Gercina Borges Teixeira: Projeto Meninas de Luz da Organização das Voluntárias de Goiás (OVG); Centro de Apoio às Vítimas de Violência da Universidade Católica de Goiás;
- acompanhamento jurídico e defesa de direitos: Assessoria Especial da Mulher; Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente; Conselho Municipal dos Di-

reitos da Criança e do Adolescente; Conselhos Tutelares dos Direitos da Criança e do Adolescente;

- responsabilização criminal: Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude (Ministério Público); Delegacia Especializada de Investigação de Crimes Contra a Criança e o Adolescente (DICCA); Centro de Operações da Polícia Militar (Copom); Delegacia de Defesa da Mulher, Goiânia – GO; Delegacia de Defesa da Mulher, Anápolis – GO; Juizado da Infância e Juventude; Delegacia de Defesa da Mulher, Aparecida de Goiânia – GO;
- centros, unidades e grupos de estudos e capacitação: Unidade de Atenção à Saúde Mental Água Viva da SMS; Centro de Estudo, Pesquisa e Extensão Aldeia Juvenil da Universidade Católica de Goiás (UCG); Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua de Goiás (MNMMR); Sociedade Goiana de Psicodrama (Sogep); Central Única dos Trabalhadores (CUT); Grupo Transas do Corpo; Grupo de Mulheres Negras Malunga.

Considerações Finais

Do que foi exposto, fica claro o alcance de uma rede de atenção e sua importância para a sociedade. No entanto, não se pode perder de vista que suas ações não substituem a política municipal ou estadual, para que isso não desobrigue o Estado de seu papel perante a sociedade.

160

As redes de atenção, conforme abordadas ao longo do texto, visam a garantir a proteção integral. Os profissionais que atuam nos setores considerados básicos, como saúde, educação, assistência social e justiça têm a responsabilidade e o compromisso de atuar como mediadores sociais na busca de soluções para questões tão prementes, como é a da violência sofrida pelas crianças e adolescentes. Nesse sentido, esses profissionais são atores essenciais para assegurar e viabilizar a integração entre os serviços disponíveis no próprio Sistema de Garantia de Direitos, tornando-os mais efetivos na realização de sua missão.

Referências bibliográficas

BARBOSA, H. Sistema de garantia de direitos: a porta de entrada para a proteção das vítimas e responsabilização dos agressores. In: ———. *Programa sentinela: reflexão e prática*. Brasília: Senai, 2002.

BRANT, M. C.; PEREIRA, I. O protagonismo do movimento social de luta pela criança. In: *Revista Fórum DCA – Políticas e prioridades políticas*, Brasília, n. 1, 1993.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

———. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei Federal n.º 8.069. Brasília: Congresso Nacional, 1990.

———. Ministério da Justiça. *Plano nacional de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil*. 3. ed. Brasília: SEDH; Ministério da Justiça, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências*: Portaria MS/GM n.º 737 de 16 de maio de 2001, publicada no DOU n. 96, Seção 1E de 18 maio 2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série E. Legislação de Saúde, n. 8).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Notificação de maus – tratos contra criança e adolescentes: um passo a mais na cidadania em saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BAZÍLIO, L. C.; KRAMER, S. *Infância, educação e direitos humanos*. São Paulo: Cortez, 2003.

PREFEITURA DE GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Saúde. *Cartilha da rede de atenção a mulheres, crianças e adolescentes em situação de violência*. Goiânia: SMS, 2003.

GOHN, M. G. (Org.). *Movimentos sociais na atualidade: manifestações e categorias analíticas*. In: _____. *Movimentos sociais no início do século XXI antigos e novos atores sociais*. Petrópolis: Vozes, 2003.

SANTOS, R. B. Uma década de mobilização. In: _____. *Guia escolar: métodos para a identificação de sinais de abuso e a exploração sexual em crianças e adolescentes*. Brasília: Presidência de República; Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003.



CAPÍTULO XV

Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Sexual – Experiência de Manaus

Dária Barroso Serrão das Neves¹
Cesar Fernando Garcia Ramirez²
Ione Rodrigues Brum³

Introdução

O objetivo deste texto é compartilhar a experiência de atendimento de um serviço de saúde às vítimas de violência sexual, descrevendo suas estratégias de trabalho e o perfil de sua clientela.

A violência representa hoje uma das principais causas de morbimortalidade, especialmente na população jovem. Atinge crianças, adolescentes, homens e mulheres, e pode ocorrer de várias formas. A violência sexual – em particular o estupro – atinge, sobretudo meninas, adolescentes e mulheres jovens no Brasil e no mundo. Contudo, meninos também são vítimas desse tipo de abuso. Os estudos sobre o tema indicam que, na maioria das situações, a violência é praticada por parentes, pessoas próximas ou conhecidas, o que torna esse crime mais difícil de ser denunciado, pelo caráter de privacidade do ambiente do lar. Estima-se que menos de 10% dos casos desse tipo de abuso cheguem às delegacias (BRASIL, 1999; SAITO, 2001).

A vítima de violência sexual está exposta a diferentes riscos que podem comprometer sua saúde física e mental: os traumas físicos e ginecológicos, a gravidez, os distúrbios psicológicos e a possibilidade de adquirir doenças sexualmente transmissíveis (DST) são alguns dos mais graves. A gravidez geralmente é percebida como uma segunda violência, intolerável para a maioria das mulheres. Apesar de o Código Penal brasileiro prever o aborto nesses casos, há mais de 50 anos, a interrupção dessas gestações tem sido feita apenas como uma exceção pelos serviços públicos de saúde, agravando sobremaneira a situação dessas vítimas.

As conseqüências psicológicas da violência sexual tendem a se tornar mais graves entre as crianças maiores, que já podem compreender os valores morais e sociais relacionados ao sexo. Grande parte das disfunções psicossociais na infância pode ser indicativa de abuso sexual. Na mulher adulta, a violência sexual tem sido associada à desordem do estresse pós-traumático, com sintomas que incluem angústia, medo, ansiedade, culpa, vergonha e depressão. Podem ocorrer reações somáticas como fadiga, tensão, cefaléia, insônia, pesadelos, anorexia e náuseas. Como repercussões tardias, pode-se estabelecer o vaginismo,

¹ Supervisora do Programa de Residência Médica de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário Francisca Mendes e do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUFM/HUGV), coordenadora do Serviço de Reprodução Humana do HUFM e do HUGV.

² R2 de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital Universitário Francisca Mendes e do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUFM/HUGV).

³ Chefe do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia Hospital Universitário Francisca Mendes e do Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUFM/HUGV), coordenadora do Serviço de Atendimento a Vítima de Agressão Sexual (Savas).

dispareunia, uso de drogas e álcool, depressão, tentativa de suicídio e outros sintomas conver-sivos ou dissociativos (FAÚNDES, 2002; 2003).

A maioria dos serviços de saúde não está equipada para diagnosticar, tratar e contribuir para a prevenção dos problemas aqui tratados. Em geral, carecem de profissionais capacitados para o reconhecimento dos sinais da violência, principalmente os de caráter mais insidiosos e evasivos que se manifestam por meio de outros sintomas. Adquirir competência para a elaboração de diagnósticos pode requerer parcerias entre profissionais e serviços. Da mesma maneira, conexões entre setores e serviços são necessárias para que os problemas identificados sejam resolvidos.

A garantia de atendimento às vítimas da violência sexual nos serviços de saúde representa apenas uma das medidas a serem adotadas com vistas à redução dos agravos decorrentes desse tipo de violência. A oferta desses serviços permite à pessoa vitimada o acesso aos cuidados, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e, no caso de mulher, à contracepção de emergência ou mesmo à interrupção precoce da gravidez indesejada.

A experiência do Serviço de Atendimento a Vítima de Agressão Sexual (Savas)

164

O Savas foi implantado no Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV), cidade de Manaus, em junho de 2001. É o único do estado a prestar atendimento às vítimas de violência sexual e teve como um dos seus propósitos iniciais, capacitar médicos residentes da área de ginecologia para essa atuação.

Após um ano de seu funcionamento, percebeu-se a necessidade de promover algumas modificações a fim de que fosse ampliado o âmbito do atendimento, inicialmente programado apenas para a questão feminina. Primeiro, a atenção passou a ser prestada independente do sexo e da idade da vítima, pois havia também uma demanda também do sexo masculino. Posteriormente o Savas, aproveitando a estrutura do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), passou a disponibilizar o teste para o HIV e para hepatites B e C. Com a experiência adquirida, o serviço pode se organizar para um atendimento não só de urgência como era feito, mas também para o acompanhamento das vítimas.

Incrementou-se, então, a divulgação do programa tanto para a equipe de saúde do próprio HUGV como para outras organizações, facilitando, o mais cedo possível, a acolhida da vítima pelo serviço, o que em muito diminui as morbidades de ordem médica, psicológica e social.

Padronização de rotinas – o Savas criou e padronizou rotinas. O atendimento inicial é realizado por uma equipe multidisciplinar composta de ginecologista, enfermeiro, psicóloga e assistente social, após prévia capacitação. Esse grupo também tem trabalhado na capacitação das diversas equipes do hospital, desde as que atuam na recepção até as que administram o hospital, tendo como meta que a vítima receba atendimento humanizado. Entende-se por atendimento humanizado o cuidado com todos os aspectos relativos ao atendimento, evitando-se que a vítima tenha que recorrer a outros serviços ou a outros profissionais e

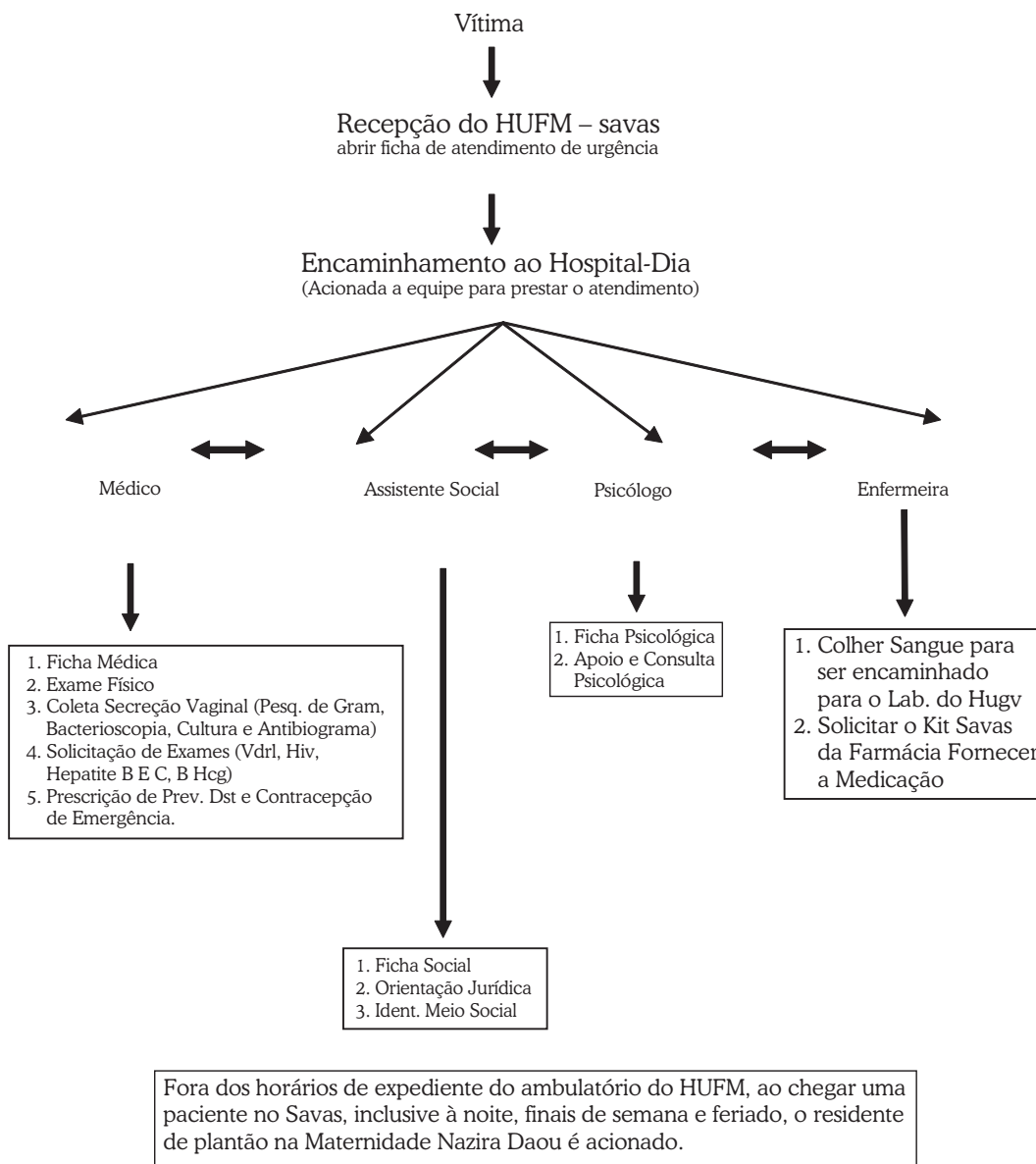
relatar repetidamente a agressão sofrida a cada um. Para isso, foi criada uma ficha única (Protocolo Savas), com partes específicas a cada seguimento da equipe (anexo 1).

A ficha apresenta cinco seções. A primeira registra dados de identificação da pessoa atendida. A segunda traz o relato da agressão, da denúncia policial e dados do agressor. A terceira referencia todos os passos do atendimento no Savas. São registradas no histórico informações sobre atividade sexual, gravidez, abortamentos, DST, além dos dados dos exames clínicos e a conduta médica realizada. Há ainda o registro do atendimento dos profissionais do serviço social, da psicologia e da enfermagem. Na quarta parte, são anotadas as informações em caso de solicitação para interrupção legal da gestação. E, na última seção, são descritos os pedidos feitos à farmácia do hospital e os exames laboratoriais solicitados como os referentes a HIV, VDRL, hepatites e outros recomendados. Em algumas situações, o preenchimento completo de todos os espaços da ficha se dá à medida que o paciente se sente mais à vontade e confiante para prestar as informações solicitadas.

Articulação de atores – outra meta dos gestores desse serviço foi sensibilizar o governo, compreendendo que sozinhos não conseguem garantir a continuidade das propostas, frequentemente atravessadas por interesses políticos. Igualmente, a transformação precisa abranger o meio social, cultural e jurídico que gera e tolera a violência sexual. Para enfrentar o problema da violência física e sexual, é preciso que todos os segmentos da sociedade se empenhem em estratégias, em curto, médio e longo prazos. Nesse sentido, foram empreendidas parcerias com a Delegacia da Mulher, Instituto Médico Legal (IML), Conselho Tutelar, Ministério Público, Juizado da Infância e Adolescência que passaram a encaminhar os casos que chegam até eles. Registra-se também o apoio da imprensa na divulgação do serviço, o que, no caso concreto, tem permitido aumento na demanda. Hoje o Savas é um serviço que tem suas atividades reconhecidas pelo atendimento que presta a esta parcela da população.

A figura 1 traz o fluxograma de atendimento, descrevendo as atribuições de cada profissional da equipe.

Figura 1 Fluxograma de Atendimento Savas



Metodologia do trabalho – para facilitar a administração da profilaxia das DST, aids e gravidez indesejada, o Savas criou três kits, como discriminado a seguir.

Kit 1 – drogas segundo o protocolo do MS para uso em crianças.

Kit 2 – drogas segundo o protocolo do MS para uso em mulheres com risco de gravidez.

Kit 3 – drogas segundo o protocolo do MS para uso em mulheres grávidas.

Os anti-retrovirais são fornecidos para uso de apenas uma semana, de maneira que a vítima retorne ao serviço semanalmente para receber o restante da droga até completar o tratamento, estabelecendo-se um vínculo e mantendo-se o seu acompanhamento. Em agosto de 2003, o Serviço de Obstetrícia e Ginecologia foi transferido para o Hospital Universitário Francisca Mendes, assim como o Savas. Esse hospital tem peculiaridades estratégicas para o aprimoramento do atendimento, pois, além de localizar-se na maior área de densidade demográfica do Município de Manaus, tem um espaço maior, mais consultórios e enfermarias e situa-se ao lado do Instituto Médico Legal (IML) e da Maternidade Nazira Daou.

Equipe e equipamentos de trabalho – atualmente o Savas conta com uma equipe de 20 médicos assistenciais, oito residentes de obstetrícia e ginecologia, quatro psicólogos, três assistentes sociais, profissionais de enfermagem do ambulatório e da enfermaria, laboratório e farmácia. É relevante insistir que se trabalha dentro de uma ética de privacidade e confidencialidade, o que é especificamente necessário para adolescentes submetidos à violência sexual, cujos agressores são membros de sua própria família.

Caracterização do atendimento Savas – a análise das fichas de atendimento do Savas permite identificar alguns aspectos que podem servir de comparação e interlocução com os dados de outros serviços que atendam às vítimas de violência sexual.

No período de julho de 2001 a outubro de 2003, 235 atendimentos foram registrados. Por causa da transferência de local do serviço, alguns prontuários das vítimas se perderam, de maneira que seus dados não foram incluídos neste levantamento.

Portanto, nesta análise, só 184 prontuários são contabilizados. Destes, 49% dos casos envolveram crianças e adolescente entre 6 e 15 anos de idade. Predominam vítimas na faixa etária de 11 a 15 anos, constituindo-se 36% dos atendimentos. As adolescentes de 16 a 20 anos corresponderam a 18% dos atendimentos e as mulheres a partir de 21 anos totalizaram 29% dos registros. Sem dúvida, a maioria das vítimas é composta por meninas em 95% de todos casos. Em 58% dos casos, os agressores eram desconhecidos, porém, para 35% das vítimas, esse era uma pessoa do seu convívio familiar. E, em 6% dos casos, seu próprio pai. Do levantamento realizado, chama atenção, na casuística do serviço, uma presença importante de crianças vitimadas. As agressões, preferencialmente, ocorreram nos seus domicílios, no horário das 12 horas às 18 horas e foram praticadas por alguém de seu convívio familiar, na maioria das vezes por pai ou padrasto. Esse ponto deve merecer atenção especial de todos os serviços voltados para as questões sociais.

Quando se analisa por local de ocorrência do abuso, a maioria aconteceu na residência da vítima (38% dos casos), seguida da perpetração na rua (35%), em outros lugares (15%) e na residência do agressor (10%). Considerando-se o horário em que se consumaram as agressões, observa-se a preponderância dos períodos noturnos: das 18 horas às 24 horas (24%) e da zero hora às 6 horas (26%). Nessas 12 horas, ocorreram 50% dos abusos. No entanto, fora os 5% desconhecidos, das 6 horas às 12 horas (21%) e das 12 horas às 18 horas (24%) houve 45% dos abusos, evidenciando-se que, na verdade, a qualquer hora do dia ou da noite tais comportamentos violentos são perpetrados.

As agressões em sua maioria envolveram coito vaginal (59%), mas as formas múltiplas (23%), o coito anal (7%) e o sexo oral (2%) também foram registrados. Em geral, se constata que as violências são praticadas com o auxílio de diversos tipos de armas ou outras formas de intimidação: armas brancas (37%), armas de fogo (7%), além de outros meios (49%). Como se assinala na tabela 1, a maioria das vítimas procurou a polícia para denunciar a violência sofrida.

Tabela 1 Declaração de Boletim de Ocorrência Policial

SIM	149	81%
NÃO	31	17%
NÃO DETERMINADO	4	2%
TOTAL	184	100%

Fonte: Prontuário Savas

A tabela 2 revela que, na maioria das vezes (52%), a vítima procura o atendimento do **Savas** após 72 horas da violência ocorrida, inviabilizando a contracepção de emergência por meio, por exemplo, da pílula do dia seguinte. Contudo, 48% delas puderam se valer desse procedimento.

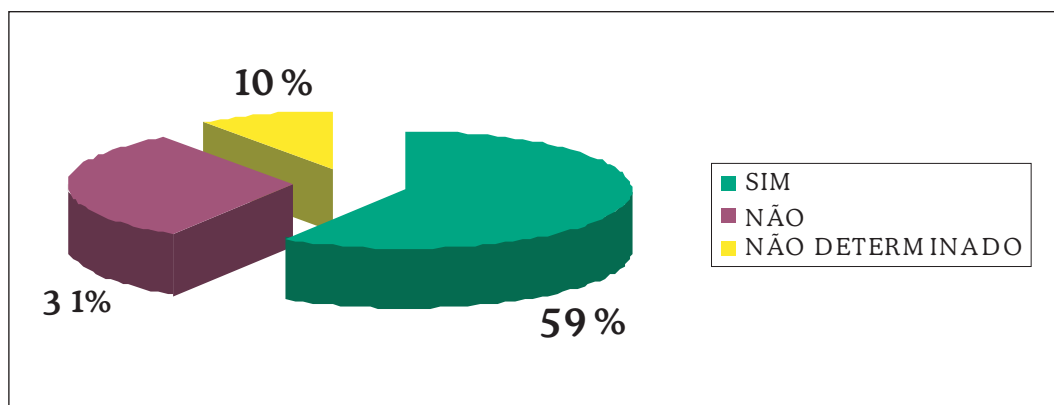
Tabela 2 Tempo de Procura para Atendimento no Savas

TEMPO	TOTAL	%
< 24 horas	50	27%
24 horas – 48 horas	18	10%
48 horas – 72 horas	21	11%
> 72 horas	95	52%
TOTAL	184	100%

Fonte: Prontuário Savas

Como revela o gráfico 1, a anticoncepção de emergência foi disponibilizada, para o percentual de vítimas que procuraram o Savas em tempo, em 59% dos atendimentos feitos (gráfico 1). Até o momento, foram realizadas cinco interrupções de gravidez, sendo três para adolescentes. Já a profilaxia para as DST foi realizada em 88% dos atendimentos.

Gráfico 1 Realização de Anticoncepção de Emergência



Fonte: Prontuário Savas

Conclusões

A violência sexual representa hoje uma das importantes causas de traumas físicos e ginecológicos, comprometendo a saúde física e mental de crianças e adolescentes. O Savas é uma tentativa da área local de saúde de contribuir para a sua superação. Esse serviço completou três anos de atendimento evidenciando o quanto os abusos sexuais são uma lamentável casuística de desrespeito à infância e à juventude. Ele tem semelhanças com outros centros voltados para a mesma problemática. Porém, o diferencial nele registrado é o acesso imediato, integrado e padronizado aos cuidados de saúde, tornando real a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de gravidez indesejada.

Desde o início, ficou patente a necessidade de ampliar o mesmo tipo de atendimento a outras instituições. Isso deu resultado, pois se observou que, mesmo havendo um predomínio de vítimas adolescentes, a incidência de gestação foi baixa. Acredita-se que a facilidade do acesso e a rapidez da atenção permitiram o uso, em tempo, da contracepção de emergência. Muito do que acima foi dito pode ser conseguido por meio de parcerias e sensibilização dos profissionais de todas as áreas que deverão ter o tema violência presente nas discussões, desde sua formação.

Contudo, é preocupante saber que o que chega aos serviços ainda é apenas uma pequena parcela da realidade em Manaus. A prevenção e a atenção à violência sexual, problema quase sempre associado a outros tipos de abuso, devem ser encaradas como responsabilidade social. Sua desmistificação e sua retirada do espaço privado para a denúncia pública fazem parte dos processos de respeito à vida e ao corpo, à saúde física e mental das crianças e dos adolescentes.

Na área da Saúde, não se pode mais tolerar que as vítimas de qualquer tipo de violência, principalmente as crianças e os adolescentes, não tenham acolhida adequada. Esse grupo social, para seu crescimento saudável, precisa ser apoiado, esclarecido e protegido como manda o ECA. Nas situações de violência, devem ser encaminhados às varas de famílias e aos conselhos tutelares, por meio dos serviços de saúde que têm obrigação de proteger e notificar.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescente: normas técnicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

FAÚNDES, Aníbal; LEOCÁDIO, Elcylene; ANDALAFT NETO, Jorge. Relatório final: 7.º Fórum de Atendimento Integral à Mulher Vítima de Violência Sexual. *Fêmina*, v. 30, n. 7, p. 489-493, 2002.

_____; LEOCÁDIO, Elcylene; ANDALAFT NETO, Jorge. Relatório final: 7.º Fórum Interprofissional para Atendimento Integral da Mulher Vítima de Violência Sexual. *Femina*, v. 31, n. 5, p. 473-478, 2003.

170 SAITO, M. I. *Adolescência e violência: adolescência: prevenção e riscos*. São Paulo: Atheneu, 2001.

ANEXO 1

SERVIÇO DE ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE AGRESSÃO SEXUAL (SAVAS)

Data: _____ Prontoúário HUFM: _____ Prontoúário Savas: _____

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Idade: _____

Escolaridade: () sem ___ Grau () completo () incompleto.

Cor: () branca () preta () parda () amarelo () índio.

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Telefone: _____

2. DADOS DA OCORRÊNCIA

Data: _____ Hora: _____ Local: _____

Data do BOP: _____ Delegacia: _____ Laudo IML: () sim, () não.

Agressor: () conhecido _____, () desconhecido, () parente _____

() único () múltiplo. Cor do agressor: _____ Escolaridade do agressor: _____

Grau de consciência do agressor: () normal () alcoolizado () drogado () outro _____

Tipo de Relação: () vaginal () anal () oral

Tipo de intimidação: () arma () força física () ameaça () outro _____

Traumas físicos: () não () sim tipo _____

Relato da agressão: _____

Procedimento após a agressão: _____

continuação

3. ATENDIMENTO NO SAVAS

A) Médico: _____ Hora: _____

Anamnese dirigida:

Atividade Sexual Antes: () não () sim Tempo: _____ N.º de parceiros: _____

Gesta: _____ Para: _____ Abortos: () espontâneo () provocado. DUM: _____

Método contraceptivo em uso: _____ Já teve alguma DST, qual: _____

Exame físico: PA: _____ Peso: _____ Trauma Físico: _____

Trauma Genital: _____

Conduta:

I. Laboratorial:

() colhida secreção vaginal

() colhido sêmen ou material do agressor

() VDRL

() Sorologia anti-HIV

() Teste rápido para HIV

() Sorologia para Hepatite B

() Sorologia para Hepatite C

() grupo sanguíneo e fator RH

() B HCG

() outros _____

II. Clínica e/ou Cirúrgica: _____

III. Profilaxia:

() Metronidazol _____

() Azitromicina _____

() Penicilina Benzatina _____

() TARV _____

() Contracepção de emergência _____

() outros _____

continuação

IV. Orientação: _____

B. Assistente Social: _____ Hora: _____

Quem trouxe: _____ Responsável: _____

Com quem mora: _____

Profissão: _____ Renda mensal: _____

Tipo de habitação: _____

Orientação: _____

C. Psicólogo: _____ Hora: _____

D. Enfermagem: _____ Hora: _____

SOLICITAÇÃO DE INTERRUPÇÃO LEGAL DA GESTAÇÃO

Data: _____ Prontuário: _____

Nome: _____

Solicitado: () pelo próprio, _____

() responsável, _____

Idade da gestação: _____ BOP em: _____ Delegacia: _____

Avaliação de comissão multiprofissional:

Médico: 1) _____

2) _____

Assistente Social: _____

Psicólogo: _____

Enfermagem: _____

Método proposto: _____

Procedimento utilizado: _____

Medicamentos utilizados: _____

Data: _____ Nome: _____ CRM: _____

Tempo de internação: _____ Retorno em: _____

ANEXAR: () Cópia do BOP

() Solicitação de próprio punho pelo próprio

() Solicitação de próprio punho pelo responsável

() Exame que confirme o tempo de gravidez

REQUISIÇÃO PARA FARMÁCIA

Data: _____ Prontuário: _____

Nome: _____

Idade: _____ Peso: _____

Alergias: _____ . Em uso de alguma medicação: _____

() Metronidazol _____

() Azitromicina _____

() TARV _____

() Penicilina Benzatina _____

() Contracepção de Emergência _____

REQUISIÇÃO LABORATÓRIO

Nome: _____ Prontuário: _____ Data: _____ Idade: _____

() secreção vaginal

() teste rápido para HIV

() sorologia anti HIV

() VDRL

() B HCG

() grupo sanguíneo e fator RH

() sorologia para hepatite B

() sorologia para hepatite C

() _____



CAPÍTULO XVI

Atenção a Jovens que Tentam Suicídio: É Possível Prevenir

Carlos Felipe D'Oliveira¹

Introdução

Este texto se constitui em três partes. Na primeira, contextualiza-se o suicídio no interior do conceito de violência e no campo da saúde; apresenta-se breve reflexão sobre o fenômeno do suicídio e das tentativas e os fatores de risco a eles associados. Em segundo lugar, relata-se brevemente a implantação de um núcleo de atendimento. E, em terceiro lugar, descrevem-se algumas recomendações a propósito da necessidade de atendimento especializado e específico às vítimas de tentativas e a suas famílias.

Entre as violências, incluem-se o suicídio e suas tentativas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a violência como um dos principais problemas mundiais de saúde pública e recomendou aos países membros que implantassem ações de prevenção, intervenção e monitoramento nas populações de risco, capacitação de profissionais de saúde e desenvolvimento de estudos e pesquisas, que reforçassem as políticas locais, regionais e nacionais (OMS, 2002). Em 2000, a taxa de mortalidade por suicídio no mundo todo, foi de 14,5 em cada 100 mil pessoas, sendo a quarta maior causa de morte em pessoas com idade entre 15 e 44 anos. Embora os maiores índices continuem sendo na população idosa, as taxas na população jovem vêm aumentando em todo o mundo (OMS, 2002). Os dados relacionados a esse fenômeno são reconhecidamente subestimados, embora sejam mais precisos do que os que dizem respeito às tentativas.

A OMS também recomenda cautela nos estudos comparativos entre países, regiões ou cidades, por causa da diversidade das fontes e da qualidade dos sistemas de informação utilizados. As principais fontes de informações para suicídios são as declarações de óbitos, os boletins de emergência, os prontuários, os registros de ocorrência policial, os laudos e estudos toxicológicos dos institutos médicos legais (LÓES, 1998). A consulta a mais de uma fonte pode ampliar o número de casos conhecidos.

O suicídio é um fenômeno violento, complexo e merece uma ampla discussão na sociedade. Apresenta especificidades que permitem o desenvolvimento de medidas favoráveis a uma política de prevenção (proibição de determinados meios, melhoria da assistência médica, atenção a grupos vulneráveis, por exemplo).

¹ Médico e terapeuta de Família, mestre em Ciências da Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, especialista em Educação em Saúde pelo Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (Nutes) da UFRJ, assessor da Coordenação-Geral de Prevenção de Violência e Causas Externas do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

Suicídios e tentativas podem ser compreendidos como fenômenos distintos e ocorrem diferentemente entre os gêneros. As maiores taxas de suicídios encontram-se entre os homens, e as de tentativas, entre as mulheres (OMS, 2002). Essas diferenças exigem abordagens distintas do problema.

Os fatores de risco diferem entre grupos da população. Na população jovem, predominam situações de *stress* ambiental (rompimento com namorados ou amigos, problemas na escola, conflitos familiares, dentre outros). Estima-se que ocorram cerca de 100 a 200 tentativas por cada suicídio entre jovens (AAS, 2004), enquanto na população geral, estima-se a ocorrência de 10 a 40 tentativas (OMS, 2002). Os fatores de risco freqüentemente estudados são: história de tentativas anteriores, dependência de álcool e de drogas ilícitas, história de suicídios na família, transtornos mentais (depressão e esquizofrenia) e consumo ou dependência de medicamentos psicoativos.

Os dados preliminares e ainda não conclusivos de um levantamento realizado pelo Núcleo de Atenção ao Suicídio da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, referentes a 214 casos notificados de tentativas, entre agosto de 2000 e agosto de 2003, em 11 unidades de saúde deste município, incluindo dois hospitais gerais, mostraram o predomínio de tentativas no gênero feminino (67,3%) em relação ao masculino (32,7%). Sessenta por cento das notificações foi de indivíduos de até 34 anos de idade, sendo que a incidência predominou na faixa de 15 a 24 anos (30,4%) e foi igualmente distribuída entre ambos os sexos.

178

Dentre os métodos utilizados, nessa mesma amostra, foi encontrada uma freqüência de 68% de casos de intoxicação exógena e 16% de queimaduras por fogo, embora os dois hospitais notificadores fossem centros de referência para grandes queimados, o que pode explicar o alto percentual de registros de tentativas por queimaduras. Do conjunto de fatores de risco foram encontrados, pela ordem: 39% de tentativas anteriores, 15% de uso regular de medicamentos psicoativos, 15% de dependência ao álcool, 8% de história de suicídio em família e 8% de dependência de drogas ilícitas. Dentre os motivos alegados, os conflitos familiares foram mencionados por 37% dos pacientes, sintomas de depressão e solidão por 14%, separação amorosa por 13%, doenças psiquiátricas e alcoolismo por 12% e problemas no trabalho e desemprego por 10%.

O suicídio de jovens

Quando ocorre uma tentativa ou um suicídio entre jovens, várias questões são levantadas e nunca se encontra uma resposta única. A compreensão dos estudiosos é que se pode tentar entender as circunstâncias dos fatos, as crises vivenciadas pelo indivíduo e sua família, a dinâmica funcional do meio familiar, os sentimentos envolvidos e a influência e peso de fatores ambientais. Isso porque o suicídio ocorre num ambiente, que pode ser a família, a escola, o lugar de trabalho. Ele não acontece fora de um sistema social, ainda que os indivíduos pareçam estar isolados da sociedade, queixem-se de isolamento e a solidão apareça e seja freqüentemente referida por eles. A partir da construção de narrativas sobre o evento e suas circunstâncias, ampliam-se as chances de uma intervenção mais eficaz. Este é um

tipo de abordagem fundamental para o processo de mudança na forma como o paciente interage com o seu ambiente.

A discussão do suicídio de jovens não é nova, já tendo sido feita no clássico trabalho de Emile Durkheim (1951), publicado em 1897, *O Suicídio: Um Estudo Sociológico*, que ainda hoje constitui uma referência para os pesquisadores do tema. Nesse estudo, ele observou, na Europa há mais de cem anos, como o suicídio entre jovens adolescentes tinha características diferentes das que aconteciam em indivíduos de outras faixas etárias. Em seu trabalho, Durkheim entendeu que a coesão social é um fator importantíssimo quando se analisa a taxa de suicídio numa sociedade. Além desse elemento central, evidenciou que a estrutura familiar, o estado civil, o gênero do cônjuge e número de filhos são importantes variáveis a serem observadas nos estudos do suicídio.

O conceito de coesão social está associado à questão relacional, ao comportamento social, aos costumes e às opiniões. A proposição de que a proteção contra o suicídio aumenta com a densidade demográfica da família também foi postulada por Durkheim em vários momentos de sua obra. O conceito de densidade familiar, também elaborado por esse importante sociólogo, diz respeito às interações psicossociais e às dificuldades metodológicas de delimitação funcional de limites e fronteiras nos sistemas sociais. A incorporação do conceito de rede social na prática clínica expande a capacidade descritiva, explicativa e terapêutica das intervenções em favor dos que tentam suicídio (SLUZKI, 1997).

Apresentam-se algumas características gerais de famílias de jovens que tentaram o suicídio, elaboradas a partir de uma revisão bibliográfica realizada por Barry Wagner (1997), tomando por base pesquisas dos últimos 20 anos. Estas balizas foram construídas a partir do campo da comunicação intrafamiliar. São elas:

- ausência de comunicação direta;
- predomínio da comunicação indireta;
- fuga da argumentação;
- indiferença entre uns e outros;
- indiferença às intenções suicidas da pessoa que fala ou procede nesse sentido;
- alto grau de segredamento dentro da família;
- desencorajamento em expressar emoções;
- fortes sentimentos de hostilidade dentro da família.

As dificuldades de comunicação entre os membros diminuem as possibilidades das famílias de utilizarem suas habilidades de constituir estruturas mais flexíveis e de ter uma postura voltada para a superação dos problemas. Impede-as de buscar as melhores respostas diante das mudanças do cotidiano e das relações, potencializando os níveis de tensão e de crises. Cobb *et al.* (1996) observaram essas estruturas familiares no seu estudo com adolescentes latino-americanos imigrantes nos Estados Unidos.

Nos anos 70, a principal abordagem em voga nos Estados Unidos e estendendo-se por outros países de sua influência, em torno do suicídio, vinculava esse fenômeno à depressão (entendida, em linhas gerais, como a raiva voltada contra si mesmo), que, em sua expressão exacerbada, levaria à autodestruição. Ao mesmo tempo, os estudiosos e profissionais afirmavam que a origem das alterações emocionais deveria ser buscada nos contextos inter-relacionais.

Dentro desse marco referencial, Shneidman (1980) descreveu um tipo de suicídio ao qual chamou “diádico”, ou seja, aquele no qual a morte se relaciona primariamente com desejos e necessidades profundas e insatisfeitas vinculadas ao parceiro significativo na vida da vítima. Esses suicídios seriam principalmente sociais e relacionais. Wenz (1978), após uma investigação com adolescentes com risco de suicídio, concluiu que, indiferentemente de que geração for, todos os membros de uma família estão envolvidos no processo que leva um ou mais dos seus membros a cometer atos suicidas. As tentativas de suicídio por adolescentes podem ser vistas como uma forma extrema de reação diante da anomia familiar. Esses comportamentos são sintomas de um processo que envolve toda a família.

Vários estudos apontam uma continuidade entre tentativas e suicídios, aumentando o risco de adolescentes realizarem o suicídio a cada tentativa (BRENT *et al.*, 1996). Além da reincidência por parte de um indivíduo, em algumas famílias, a repetição se dá por meio de vários de seus membros (LANDAU-STANTON; STANTON, 1988; KUNSTMANN, 1995). Observam-se, na clínica, casos em que várias tentativas passam a fazer parte da dinâmica funcional das famílias. A diversidade de cenários implica num conhecimento mais circunstanciado de cada caso e em intervenções distintas em relação ao atendimento de cada jovem e de cada família.

É dentro das perspectivas citadas acima que se constituiu uma experiência de intervenção voltada para jovens, desenvolvida por uma equipe de profissionais de saúde mental, na cidade do Rio de Janeiro.

O projeto do Núcleo de Atenção ao Suicídio

O Núcleo de Atenção ao Suicídio é um projeto experimental de prevenção que tem por objetivo específico a atenção aos casos de tentativas de suicídio na população jovem. Foi concebido em 1999, na Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e implantado no Instituto Philippe Pinel, em 2001.

Um grande obstáculo enfrentado por todos que lidam com essa questão é a quantidade de preconceitos acumulados durante décadas por leigos e profissionais de saúde. Esse obstáculo influenciou que a instalação desse serviço fosse feita num hospital psiquiátrico, ainda que levantamentos realizados e publicados apontem que apenas cerca de 15% a 20% dos casos de suicídio sejam cometidos por pacientes psiquiátricos. A maioria dos eventos ocorre com indivíduos sem história psiquiátrica e, por causa disso, houve resistência por parte de muitos usuários do serviço de acorrerem a um hospital psiquiátrico, um hospital para malucos, no senso comum. “Eu não queria vir para cá porque eu não sou maluco”, tem sido a frase repetida por alguns pacientes encaminhados para o serviço.

Além do imaginário sobre a impropriedade do local, há outro desafio mais difícil de ser enfrentado: convencer os profissionais de saúde e os gestores da necessidade de uma atenção especializada aos que tentam suicídio. Por que uma atenção diferenciada para essas pessoas? Vários motivos justificam a ação:

- em primeiro lugar, uma tentativa de suicídio é realizada por alguém em sofrimento intenso, em risco de vida, e, portanto, deve merecer atenção cuidadosa e imediata. Considerando-se que a tentativa é uma forma de comunicação de sofrimento psíquico, a não disponibilização de um cuidado especial pode trazer conseqüências trágicas;
- em segundo lugar, porque os profissionais de saúde nos serviços ambulatoriais gerais não estão adequadamente capacitados para esse tipo de atendimento. Muitos, inclusive os da área de saúde mental, comentam que não se sentem capacitados para lidar com as questões trazidas pelo fenômeno do suicídio;
- em terceiro lugar, está provado, como já foi dito, que pelos mais diferentes fatores (depressão, dependência química, transtornos esquizofrênicos, suicídio em família e demais) cerca de 30% a 40% dos indivíduos fazem novas tentativas num período de seis meses a um ano subsequente à última ocorrência. Este é o elemento de risco mais previsível entre todos.

O serviço de atenção do núcleo inicia-se pelos grupos de recepção. Eles funcionam uma vez por semana, são abertos e oferecem um contrato de atendimento de até dez sessões. As pessoas que necessitam de outros tipos de intervenção como psicoterapia individual ou grupal são encaminhadas para a rede de atendimento. Durante a participação no grupo, se a equipe avaliava a necessidade de uma intervenção familiar, propõe esta opção à família.

A equipe de atendimento constitui-se de dois terapeutas em trabalho de grupo: um médico ou psicólogo com especialização em terapia de família e um outro técnico de saúde, médico ou psicólogo. Às vezes, por questões de indisponibilidade, as sessões são conduzidas por um técnico apenas. A equipe conta com um psiquiatra e sua participação é muito importante, pois contribui, também, para elucidar o diagnóstico de pacientes psiquiátricos e para o acompanhamento medicamentoso.

Quando o serviço se iniciou, a grande maioria dos pacientes era proveniente do Hospital Municipal Souza Aguiar, o maior hospital de emergência da cidade do Rio de Janeiro. Em 2000, a Coordenação de Saúde Mental, em parceria com as equipes do Serviço de Saúde Mental e do Centro de Tratamento de Queimados daquele hospital, havia feito uma sensibilização para o diagnóstico do suicídio e das tentativas. Logo após, foi feita uma capacitação para profissionais de saúde voltada para a compreensão do tema e todo o manejo dos casos, o que permitiu estreitar parceria entre o núcleo e aquela instituição. Posteriormente, outras unidades de saúde do município foram se incorporando ao trabalho. O trabalho de parceria entre instituições mostrou-se fundamental para a construção de uma rede de atenção ao suicídio.

Como o Núcleo de Atenção ao Suicídio constitui-se como um projeto experimental, a construção da assistência clínica também implicou no desenvolvimento de novas formas de atendimento. Os grupos de recepção, desde a sua criação, passaram por várias mudanças visando a adaptarem-se à clientela e às demandas clínicas. Se o objetivo principal da assistência é evitar uma nova tentativa de suicídio, tornou-se imperativo construir dispositivos clínicos adequados a esse escopo.

O grupo de recepção é o espaço de acolhimento de pacientes em situações de crise e de intenso sofrimento psíquico. Os pacientes que tentam o suicídio e estão num processo de crise necessitam de uma atenção imediata visando a interromper o processo. Não se trabalha com a idéia de indivíduo suicida. Essa expressão, além de não ter nenhuma utilidade, contribui para a construção de um rótulo que dificulta as possibilidades de mudanças. As tentativas de suicídio devem ser vistas como formas de comunicação de sofrimentos, geralmente dirigidas às pessoas mais próximas na medida em que esses indivíduos estão inseridos num contexto conjugal, familiar, laborativo ou de qualquer outra rede social. Por isso, a abordagem clínica considerada mais apropriada é a que se ampara na teoria sistêmica construtivista.

Até o segundo semestre de 2002, quando foi feita uma avaliação do serviço, 40 pacientes passaram pelo atendimento dos grupos de recepção. À medida que foram acompanhados, observou-se um único caso de reincidência que não foi fatal.

Conclusões

A experiência desse serviço tem sido bastante rica para toda a equipe, produzindo reações distintas para cada uma das pessoas que dele tem participado, apesar das dificuldades operacionais que sempre ocorrem em ações semelhantes. Em setembro de 2002, o núcleo organizou, em parceria com a Coordenação de Saúde Mental da SMS do Rio de Janeiro e o Ministério da Saúde, uma oficina que produziu em seu relatório final as seguintes propostas de ação para **prevenção do suicídio**:

- apoiar a implantação e a implementação de núcleos ou centros de prevenção;
- incentivar a implantação de uma Rede Nacional de Prevenção ao Suicídio, incluindo-se organizações governamentais e não-governamentais, trabalhadores da saúde e usuários dos serviços;
- criar uma sistemática para o atendimento dos casos de tentativas nos diferentes dispositivos de atenção;
- dar ênfase aos atendimentos breves, em grupos, ao fortalecimento e à ampliação das redes sociais dos indivíduos e ao monitoramento com calendário mínimo de telefonemas ou consultas até o período de um ano;
- instituir a atenção ao suicídio nos diversos dispositivos de assistência à saúde, buscando o aumento da resolutividade em hospitais gerais, hospitais psiquiátricos, postos e

- centros de saúde e Centros de Atenção Psicossocial –Álcool e Drogas (Caps-AD) e Infanto-juvenil (Caps-I);
- estimular na atenção básica, nos Centros de Atenção Psicossocial e nos Centros de Cooperativa e Convivência o desenvolvimento de atividades que protejam contra o comportamento suicida, tentando melhorar o suporte familiar e aumentar as oportunidades para criação de laços na comunidade;
 - realizar a busca ativa nos indivíduos que tentaram suicídio, pelos serviços de vigilância em saúde;
 - apoiar as iniciativas de regulação dos meios, tais como: controle de armas de fogo, o controle pela fiscalização sanitária de pesticidas e produtos inflamáveis, a redução da quantidade de medicamentos por frasco, a diminuição dos frascos dos produtos inflamáveis;
 - capacitar os profissionais da atenção básica para o reconhecimento e manejo inicial das situações de risco como a ocorrência de depressão e abuso de substâncias;
 - capacitar as equipes de saúde mental das unidades de saúde para lidarem com os casos de tentativas de suicídio;
 - sensibilizar e capacitar os profissionais das emergências para o acolhimento dos casos de tentativas de suicídio e para procederem aos encaminhamentos para os serviços de atendimento;
 - incorporar o tema nas propostas de educação permanente das equipes do Programa Saúde da Família;
 - introduzir a discussão do tema nos cursos das áreas de Saúde;
 - apoiar a implantação de notificações de tentativas de suicídio em áreas estratégicas, levando-se em consideração os recursos locais, com a finalidade de identificar os agravos, as circunstâncias, os métodos, os grupos e os fatores de risco;
 - implantar a vigilância sentinela nos distritos sanitários indígenas especiais, obedecendo-se a estratégias de respeito às culturas;
 - incentivar e apoiar estudos e pesquisas na área de prevenção do suicídio que busquem compreender com especificidade os fatores de risco;
 - promover a avaliação de serviços que se implantarem, observando-se a eficácia das estratégias adotadas;
 - estimular o envolvimento de outros parceiros como escolas, casas de cultura, centros esportivos e associações comunitárias;

- estimular dispositivos que promovam a filiação dos indivíduos a grupos sociais geradores de perspectivas de futuro;
- cooperar tecnicamente com as organizações da sociedade civil que dão atenção ao problema e suporte às populações mais vulneráveis;
- realizar seminários com profissionais da mídia e da saúde, visando à construção de consensos sobre divulgação do tema.

Estas medidas significam um novo horizonte para a atuação e, certamente, a oportunidade para as pessoas que tentam suicídio encontrarem uma interlocução mais qualificada e sensível nos serviços de saúde.

Referências bibliográficas

- AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY. Youth Suicide Fact Sheet. Disponível em: <<http://www.suicidology.org>>. Acesso em: 26 abr. 2004.
- BRENT, D. A. et al. Suicidal behavior runs in families: a controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives General Psychiatry*, v. 153, p. 1.145-1.152, 1996.
- COBB, J. et al. Como lograr la participación del adolescente suicida en el tratamiento. Un estudio con adolescentes latinoamericanas inmigrantes en un barrio pobre de Estados Unidos. *Sistemas Familiares*, v. 8, p. 9-28, 1996.
- DURKHEIM, E. *Suicide: a study in sociology*. New York: The Free Press, 1951.
- KUNSTMANN, G. G. Violencia y suicidio. In: ———. *Violencia en sus distintos ambitos de expression*. Santiago: Dolmen Ediciones-Mundo Abierto, 1995. p. 39-51.
- LANDAU-STANTON, J.; STANTON, M. D. El tratamiento de adolescentes suicidas y sus familias. *Sistemas Familiares*, v. 2, 1.ª parte, p. 79-90, 1988.
- LÓES, T. M. O método epidemiológico no controle das causas externas. *Saúde em Foco*, v. 18, p. 39-44, 1998.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: WHO, 2002.
- SHNEIDMAN, E. S. Suicide. In: SHNEIDMAN, E. S. (Ed.). *Death: current perspectives*. Palo Alto, CA: Mayfield Publishing Company, 1980. p. 416-434.
- SLUZKI, C. E. *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- WAGNER, B. M. Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychological Bulletin*, v. 121, n. 2, p. 246-298, 1997.
- WENZ, F. V. Economic status, family anomie, and adolescent suicide potential. *The Journal of Psychology*, v. 98, p. 45-47, 1978.



CAPÍTULO XVII

Prevenção ao Suicídio se faz com Aceitação e Compreensão: Experiência do Centro de Valorização da Vida

Centro de Valorização da Vida (CVV)¹

Introdução

Nenhum ser humano pode dizer que jamais pensará em suicídio. A sensibilidade é o passaporte para a escura terra da dor e do sofrimento, de onde a morte parece ser, por vezes, a única saída. Prevenção do suicídio é uma expressão de força e de impacto. Traz a recordação de imagens de policiais e enfermeiros procurando impedir uma pessoa de se matar. Mas, se ela for entendida no sentido da medicina preventiva, estará se referindo a um dos aspectos mais importantes do trabalho com pessoas humanas em situação de crise, depressão ou às vezes de desespero.

Foi somente a partir da 2.^a Guerra Mundial que, na Europa e nos Estados Unidos, começaram a se formar grupos de pessoas (profissionais ou voluntários) com a estrita finalidade de prevenir o suicídio. Pessoas passaram a se colocar à disposição dos desesperados com o objetivo de lhes aliviar a agonia e despertar-lhes, o valor da vida. Os serviços de prevenção do suicídio se dividem em três categorias, conforme suas características:

- humanitários – como “Os Samaritanos”, os “SOS L’Amitié” de Paris e o Centro de Valorização da Vida (CVV) do Brasil. Neste último grupo, todos os trabalhadores são voluntários, reunidos pelo desejo de servir, não havendo entre eles discriminação de religião, cor, sexo, filiação política e de outros atributos. Os CVVs são entidades não religiosas e não partidárias, de portas abertas para o atendimento gratuito de qualquer pessoa;
- religiosos – como “Il Telefono Amico”, da Itália. São mantidos e integrados pelos membros de uma ordem religiosa. Têm, portanto, vinculação confessional, o que, em hipótese alguma, lhes retira o mérito da ação, também desenvolvida gratuitamente;
- científicos – como o caso do “SPC – Suicide Prevention Center”, de Los Angeles, nos Estados Unidos. São geralmente integrados por profissionais remunerados: médicos, psicólogos, advogados e outros. O SPC é a mais representativa dessas entidades: seus profissionais têm contribuído enormemente para que se possa conhecer um pouco melhor o fenômeno do suicídio e suas causas.

Neste texto, se destaca o CVV como um programa de prevenção formado por voluntário, mas que possui consultores profissionais, como médicos, advogados e psicólogos. No entanto, esses se encontram fora de seus quadros de plantonistas.

¹ Centro de Valorização da Vida (CVV), fundado em 1962, na cidade de São Paulo, com 42 anos de atividades ininterruptas, é uma sociedade civil sem fins lucrativos, de caráter filantrópico, com reconhecimento de utilidade pública federal pelo Decreto-Lei n.º 73.348, de 20 de dezembro de 1973. Texto em co-autoria de Antonio Carlos B. dos Santos.

O CVV se constitui como sociedade civil sem fins lucrativos, de caráter filantrópico. Suas atividades se iniciaram em 1962 na cidade de São Paulo, tendo sido reconhecido como entidade de Utilidade Pública Federal pelo Decreto-Lei n.º 73.348, de 20/12/1973. Mantém, atualmente, os seguintes programas assistenciais: (1) Programa CVV de Prevenção de Suicídio; (2) Hospital Francisca Júlia em São José dos Campos, destinado ao tratamento de pessoas portadoras de doença mental ou dependência química; e (3) Caminho de Renovação Contínua (CRC), programa de autoconhecimento desenvolvido por meio de reuniões, cuja frequência é gratuita e aberta à comunidade. O Programa CVV de Prevenção do Suicídio foi a primeira atividade desenvolvida no Brasil, tendo como referência “Os Samaritanos”, de Londres.

Os serviços CVV se organizam como está descrito a seguir. Posto do CVV é a designação de todo núcleo de prevenção que se compromete a funcionar dentro das normas do regimento interno elaborado pela instituição. O CVV se coloca à disposição de todo e qualquer grupo de pessoas que, voluntariamente, queira instalar um ou mais postos de Prevenção do Suicídio. Ao grupo interessado, cabe fundar uma sociedade civil filantrópica cuja finalidade primeira será a de atuar como mantenedora do posto. Enquanto esse e sua mantenedora se comprometerem a observar o Regimento Interno do Programa CVV de Prevenção do Suicídio, estarão autorizados a utilizar a marca institucional. O CVV fornece também material didático para essas entidades e se dispõe a designar voluntários para orientar pessoalmente os interessados, no trabalho exercido gratuitamente.

Esse tipo de descentralização foi implantado para facilitar a expansão do trabalho, pois à instituição CVV faltam recursos humanos e materiais para a dinamização de todas as atividades e em todos os espaços em que ela se faz necessária.

A seguir, são apresentadas bases conceituais que orientam a compreensão do suicídio e sua prevenção, a partir da pessoa que procura ajuda.

A pessoa que procura ajuda

O indivíduo que pensa em suicídio é uma pessoa solitária. Ele pode estar no meio de uma grande multidão ou de uma grande família, mas sente-se só, isolado. Tenta se comunicar com muita gente, mas tem a percepção de que ninguém o atende nem se dispõe a ouvi-lo. A pessoa com esse tipo de sofrimento não consegue deixar claro para os que a cercam, as dimensões e o sentido de sua angústia. Logo, o suicídio pode ser classificado como um gesto de comunicação. O último gesto de comunicação de um indivíduo, gesto desesperado e violento, que, no fundo, transmite alguma coisa para alguém ou para a sociedade, mesmo sem esperança do retorno.

Embora à primeira vista se tenha a impressão de que o gesto suicida surge repentinamente, isso não é correto. Meses e anos de sofrimento são necessários até que o desejo de morrer supere o forte impulso que todo ser humano possui para viver. A compreensão e o calor humano são o grande antídoto contra o desespero que leva ao auto-aniquilamento.

É justamente em relação ao perfil do indivíduo descrito que se articula o trabalho do CCV: compreender incondicionalmente os que procuram atendimento, para que eles possam encontrar novas razões para continuar a viver. Com isso, se combatem as causas mais profundas da atitude autodestrutiva.

Existe uma certa confusão entre os fatores causais e os fatores desencadeantes do suicídio. Desencadeante é a “última gota” de um longo processo de acabar com a vida. Por exemplo: o indivíduo foi despedido do emprego e se matou. Todos afirmam: “Está claro, a culpa é da empresa que o colocou na rua”. Pergunta-se então: será que todas as pessoas que são despedidas de seus empregos se suicidam? Claro que não! A verdade, portanto, é que o recém-desempregado já vinha carregando consigo inúmeros outros problemas e sentimentos que se agravaram progressivamente. Esses fatores causais são também chamados de causas primárias e os fatores desencadeantes são as chamadas causas secundárias.

No início do diálogo com uma pessoa que procura o serviço CVV, geralmente ela aponta, como causa do seu sofrimento, os motivos secundários, visíveis e aparentes. Somente após algum tempo de relacionamento, é que emergem as causas reais. São principalmente essas últimas que devem merecer toda a atenção. Os sentimentos presentes no indivíduo que pensa em suicídio são comuns a qualquer pessoa. Conhecendo-os, está-se conhecendo um pouco da experiência de cada um. Os mais comumente encontrados são:

- ambivalência – é a convivência, num mesmo indivíduo, de dois sentimentos em conflito. O estado de ambivalência é um estado de grande sofrimento. No caso da pessoa que pensa em se matar, por exemplo, ela vai aos poucos cultivando (às vezes até inconscientemente) o desejo de autodestruição; contudo, o instinto de conservação a prende à vida, a impulsiona a viver. Logo, ela quer morrer, mas a vida, como instinto, grita que quer continuar. Ninguém pode permanecer muito tempo nesse estado, pelo fato dele consumir uma quantidade muito grande de energia. É uma situação insuportável quando prolongada. Daí, o sofrimento intenso vivido por aqueles que pensam em se matar. Contudo, é esse sofrimento que os impulsiona a buscar de ajuda. A prevenção do suicídio existe porque dentro de cada pessoa também existe a força de vida que, permanentemente, a impulsiona para uma condição mais satisfatória;
- busca de atenção – a falta de tempo, a pressa e a velocidade com que se vive, impedem as pessoas de dar atenção umas às outras. “Tempo é dinheiro” e “tempo é precioso” são as frases ouvidas diariamente. Embora traga muitas informações, a comunicação mecanizada pela TV, rádio, jornal e da internet pode dificultar o relacionamento direto entre as pessoas. Elas permanecem distantes umas das outras, cada qual em seu refúgio, fechadas em si mesmas e carentes de atenção. Isso se agrava muito em determinadas circunstâncias e para alguns tipos de personalidade;
- desejo de vingança – quando se perde algum bem, material ou não, é natural que surja a raiva, sentimento humano dos mais freqüentes na vida cotidiana. Quando é possível identificar um ou mais responsáveis pela perda sentida, é comum surgir o desejo de vingança, o desejo de impor ao outro o mesmo sofrimento que se vivencia. Muitas ve-

zes, não se consegue encontrar outra forma de fazer o outro sofrer que não seja agredindo a si próprio;

- desejo de fugir de uma situação desagradável – a luta contra as dificuldades cotidianas por vezes é considerada bastante desigual. Os obstáculos parecem intransponíveis, impossíveis de serem superados. A luta torna-se cansativa, monótona, repetitiva e aparentemente interminável. É natural que se procurem todas as formas de fugir dessa situação desagradável, da violência contra os outros ou inclusive contra si próprio. As pessoas que cometem o suicídio desejam fugir do sofrimento, mesmo que essa opção represente o “nada” para elas. O “nada” muitas vezes é tido como preferível ao intenso sofrimento;
- desejo de ir para um lugar melhor – em geral, as pessoas buscam o melhor para si mesmas, embora por vezes possa parecer o contrário, ou seja, que elas somente almejam o sofrimento. A força instintiva que existe dentro de cada um impulsiona a busca de uma vida melhor. Mesmo as pessoas que cometem suicídio o fazem na esperança de conseguir uma situação mais agradável ou, no mínimo, menos desagradável;
- procura de paz – não são todas as pessoas que conseguem encontrar alguma paz interior necessária à sobrevivência, no mundo caracterizado pela competição e pela luta permanente “por um lugar ao sol”. Em certas circunstâncias, a morte pode ser vista como uma forma de se “descansar em paz”.

188

É necessário conhecer muito bem os sentimentos anteriormente descritos. Conforme será visto adiante, eles são bastante incompreendidos pelas pessoas em geral, levando ao surgimento de atitudes altamente prejudiciais ao esforço de prevenção do suicídio. Já foi dito que aqueles que pensam em suicídio desejam uma vida melhor, desejam fugir do sofrimento insuportável. Alguns são mais decididos nesse intento, outros são mais indecisos; alguns utilizam métodos altamente letais, como armas de fogo; outros utilizam métodos menos letais, como a ingestão de medicamentos. Não cabe à pessoa que atende alguém que está pensando em suicídio analisar se ela desejava ou não se matar. Há que se ouvi-la, sentir suas angústias, sem fazer julgamento.

As estatísticas provam também que aquele que tentou uma vez, se não tiver apoio para revalorizar a vida, tentará de novo, até que haja uma última tentativa: a fatal. Muitas vezes, uma experiência frustrada pode ser um aviso violento das intenções da pessoa: a próxima pode não ser uma simples advertência e sim, a efetivação do suicídio. A pessoa que se mata dá muitos avisos diretos ou indiretos, até camuflados, antes de se matar. Está provado que, de dez pessoas que se matam, oito deram algum sinal que, se compreendido a tempo, poderia ter ajudado a iniciar um processo de revalorização da sua vida.

Há muitas fábulas, idéias incorretas e absurdas sobre o assunto, confundidas e assumidas como se fossem fatos reais. Essas fábulas seriam engraçadas se muitas delas não prejudicassem o esforço de prevenção do suicídio. Transmitidas de pessoa para pessoa, muitas acreditam nelas como se fossem verdades científicas.

- Fábula: o suicídio está no sangue, é hereditário. Fato: a ciência tem mostrado que, quando várias pessoas se matam em uma mesma família, isso não ocorre necessariamente em razão da hereditariedade. Na verdade, aqueles que ficam quase sempre se sentem culpados por não terem feito nada; não conseguem viver sem a outra pessoa e acabam repetindo o gesto quando não encontram ajuda para superar seus confusos e dolorosos sentimentos.
- Fábula: a pessoa que fala em suicídio não se mata. Fato: de cada dez pessoas que se mataram, oito disseram que o fariam.
- Fábula: o suicídio ocorre sempre sem aviso. Fato: as pessoas que se matam dão sempre muitos avisos. Acontece que os demais não acreditam neles, não os percebem, ou não os entendem. Geralmente, eles vêm como mensagens indiretas.
- Fábula: a pessoa que se mata estava decidida a morrer. Fato: ao lado do desejo de fugir da vida, existe sempre a poderosa força que impulsiona cada indivíduo para ela.
- Fábula: uma pessoa que já pensou em suicídio será sempre uma candidata a ele. Fato: qualquer pessoa pode, em certas circunstâncias, pensar em suicídio. Superada a fase, ela será uma pessoa como outra qualquer.
- Fábula: o suicídio ocorre mais entre pessoas pobres. Fato: a proporção de suicídios é a mesma entre pobres e ricos.
- Fábula: os candidatos ao suicídio são todos doentes mentais. Fato: as estatísticas demonstram que apenas de 10% a 20% das pessoas que se matam são doentes mentais. A grande maioria é composta por pessoas momentaneamente desorientadas e sofredoras, que nunca apresentaram nenhum distúrbio mental antes.

À pessoa que atende no Posto CVV cabe perguntar: o que buscam as pessoas que procuram atendimento? A seguir, está uma listagem dos desejos mais freqüentes dos que acessam o serviço.

Perguntas a um indivíduo em sofrimento emocional

O que eu gostaria?

de alguém que tivesse tempo de me ouvir;

de uma voz calma;

de me assegurar de que não sou louco;

de me sentir amado;

de alguém que esteja lá;

de me sentir importante para uma outra pessoa;

de que acreditem em mim sem eu ter que provar tudo;

de ter alguém a meu lado;
de me sentir seguro;
de ser amparado;
de respeito;
de atenção completa;
de ser compreendido;
de alívio;
de esperança;
de estar no comando do que acontece comigo;
de ficar à vontade;
de alguém que não usaria isto contra mim mais tarde;
de que demonstrem cuidado comigo;
de alguém que demonstre se importar com o que acontece comigo;
de ser aceito como sou;
de sentir que posso confiar na pessoa.

190

O que eu não gostaria?

de que me dissessem que é errado ou tolo me sentir assim;
de rejeição;
de sentir envergonhado por ter chamado;
de uma preleção, sermão, discurso ou debate;
de clichês;
de uma repreensão (“*você é mais forte que isso*”);
de ser interrogado para me arrancar informações;
de falsa reanimação (“*tudo estará melhor amanhã cedo*”);
de ser rebaixado ou criticado, analisado, rotulado;
de ser enganado, ficar desapontado;
de que me digam o que fazer;
de conselhos não solicitados;
de piedade;
de ficar sozinho;

de ser apressado, ser mandado;
de comparações;
de ser interrompido;
de ouvir experiências dos outros;
de que mintam para mim;
de ser colocado na defensiva;
de que ajam de forma paternalista;
de conversa vazia;

A pessoa que ajuda

Uma das principais características da pessoa que deseja ajudar deve ser a humildade de se colocar à mesma altura daquele que o procura. Assim, conhecendo a si mesmo, estará também conhecendo o outro, já que as pessoas são semelhantes na sua essência. Quanto melhor conhecer suas próprias atitudes e sentimentos, melhor conseguirá agir em benefício dos demais. O voluntário pode, também, modificar progressivamente os próprios hábitos e práticas, para que sejam mais adequados aos objetivos de servir aos que procuram apoio.

São as seguintes atitudes básicas e necessárias para um atendimento que vise à prevenção do suicídio.

Atitude de confiança nas pessoas – observando as informações que chegam do mundo todo nunca é possível deixar de se surpreender com a enorme capacidade dos seres humanos de sobreviver às condições mais difíceis. É quase impossível acreditar como tantas pessoas puderam resistir, durante anos a fio, às condições desumanas dos campos de concentração durante a 2.^a Guerra Mundial. Atualmente, a fome que atormenta grandes populações em diversas partes do planeta e as condições subumanas a que são submetidas extensas parcelas da humanidade em função dos preconceitos de cor, raça, nacionalidade ou religião trazem à tona a resistência e a capacidade das que continuam a resistir: a vida é mais forte! A conclusão a que se chega é a mesma a que diversos estudiosos do comportamento humano chegaram: os seres vivos possuem uma poderosa força interior que os impele continuamente à busca de uma vida melhor.

Na prática, confiar nas pessoas é considerar positiva a essência de todos. Interiormente, todos têm a capacidade de serem bons. Quem comete o mal não é mau na sua essência; pelo contrário, é potencialmente bom. Por isso, é preciso separar o mal do malfeitor. A pessoa que pratica o roubo e o assassinato continuará sendo interiormente sempre uma pessoa e, como tal, merece confiança. Por mais desequilibrada e doente que seja, ela possuirá sempre capacidades interiores que poderão ser desenvolvidas um dia, caso deseje e encontre as condições apropriadas.

A tendência natural dos seres humanos é procurar a proximidade com os outros; é de conviver em paz; é de buscar amizade e calor humano; é de comunicar o que está em seu universo interior. Quando encontra obstáculos, dificuldades e impedimentos, essa tendência positiva se obscurece e surge violência, egoísmo, inveja e destrutividade. São esses obstáculos que as pessoas que procuram atendimento não devem, em princípio, encontrar no voluntário ou no profissional que cuida delas. A atitude primeira daquele que se dispõe a ajudar um indivíduo que pensa em suicídio será a de confiar na pessoa; em seguida, de não colocar dificuldades, e sim, facilitar o esforço que ela está fazendo para conhecer, em conjunto com o voluntário ou com o profissional, as verdadeiras razões de seu sofrimento. E, assim, encontrar soluções que possam minorá-lo.

Muitas vezes surgem dificuldades, porque algumas pessoas ainda não estão prontas para as mudanças interiores, e o voluntário ou o profissional também tem os seus próprios impedimentos e limitações.

Atitude de respeito pelo outro – com frequência, fala-se em respeito à pessoa. Entretanto, as idéias favoráveis do indivíduo que se propõe a ajudar pessoas que pensam em suicídio não garantem que, na prática, ele respeite o outro. Alguém pode defender idéias muito bonitas sobre este assunto e diante do outro agir desrespeitosamente. O que se pede não são palavras, mas atos, ou seja, a demonstração concreta de uma atitude interior compreensiva. O trabalho do voluntário ou do profissional é prestar ajuda. Mas, por outro lado, é preciso reconhecer que o outro é quem reúne as melhores condições para saber e decidir o que mais lhe convém.

192

Ajudar com respeito significa criar condições para que o outro encontre suas próprias condições internas de superação. Os pais ajudam os filhos a andar, permitindo que eles caminhem por si mesmos, apesar das quedas que certamente lhes acontecerão. Não respeitar o outro durante uma conversa sobre seu sofrimento significa julgá-lo, avaliá-lo, aconselhá-lo, tomar a frente nas decisões que ele deve ter, tentar dirigir sua vida e interferir nela. Ao contrário, respeitar o outro é tratá-lo como um igual e levá-lo em consideração, dar valor a todos os seus pensamentos e sentimentos.

Uma forte tendência individualista é a de considerar que o próprio sofrimento sempre é maior que o do próximo. A própria dor é sempre sentida como a mais intensa que qualquer pessoa já sofreu. Como conseqüência, a dor do outro em geral parecerá pouco importante. Uma jovem que tentou o suicídio após ter perdido o namorado deverá merecer tanto respeito quanto uma pessoa idosa que perde o companheiro de muitos anos. Não é possível dimensionar, com uma medida única, o sofrimento alheio; não se pode julgar, nem tirar conclusões a partir de si mesmo.

Respeitar é não usar a medida pessoal para sentir o sofrimento do outro, mas usar a dele próprio. Uma experiência ou um fato que para o voluntário ou profissional parece não ter valor, para o outro poderá ser motivo de grande angústia e de grande ansiedade. Respeitar o outro não é apenas um assunto de bate-papo entre amigos. É uma certeza que deve ser cultivada por meio da experiência e da prática diária do trabalho de ajuda.

Atitude de aceitação – aceitar o outro é admitir sua existência; é abrir portas para ele; é convencer a si próprio de que “ele é assim”. É olhar de frente para ele; observar e examinar com ele todas as suas características, sem receio, sem preconceitos, sem julgamento.

Geralmente, a própria pessoa não se aceita e não tem coragem de olhar para si mesma. Fecha os olhos para suas características porque crê que são ruins e negativas. Com isso, acaba desconhecendo o lado positivo delas, que, muitas vezes, poderiam ser de grande importância na solução de suas dificuldades. Os indivíduos não se aceitam porque possuem preconceitos sobre o que é bom e o que é ruim. E vivem em luta para se defender daqueles que pensam de forma diferente. Se o voluntário ou profissional que atende critica a pessoa em sofrimento e força para que ela tome uma atitude, tentando convencê-la para que pense, sinta ou aja de determinada maneira, ela fatalmente reagirá, “fincando o pé” nas suas posições. Mas, quando o voluntário ou o profissional a aceita, olhando-a e procurando compreendê-la com interesse verdadeiro e respeito, elas se sentem seguras e confiantes para fazer o mesmo, para observar melhor a si próprias. Deixa, então, de consumir tanta energia para se defender, e passa a utilizar toda essa energia para se conhecer melhor e procurar alternativas de mudanças.

Assim, à medida que o voluntário ou o profissional aceita a pessoa que pede ajuda, ela pode se aceitar melhor também, passando a acreditar e a confiar mais na própria capacidade; já não precisa mais depender de nenhuma outra pessoa, inclusive do próprio voluntário ou profissional que a assistiu. Está claro que aceitar não é o mesmo que concordar com as atitudes do outro ou aprová-las.

Atitude de compreensão – assumir uma atitude compreensiva diante do outro significa deixar a distância e a frieza de quem examina um objeto e aproximar-se, procurando sentir e colocar-se no seu lugar. Sempre que alguém age, pensa ou sente o faz por uma boa razão. Caberá àquele, que quer ajudar, conhecer as razões do outro e suas atitudes, explicadas por ele próprio. Compreender significa entender a lógica do comportamento e do sentimento de quem pede ajuda.

Um homem perde o emprego e pensa em suicídio. Se um voluntário acreditar que o compreende pelo fato de conhecer apenas esse dado, estará completamente enganado. Esse fato conforma apenas os aspectos exteriores de suas atitudes. Muitas pessoas perdem o emprego e não se matam por isso. Contudo, conhecendo mais sobre aquela pessoa, pode-se saber que ela se sente profundamente incapaz de procurar um novo emprego, que se trata de uma pessoa extremamente tímida e insegura desde a infância. Isso é compreendê-la. É conhecer a lógica interior das suas atitudes e, principalmente, seus sentimentos. Compreender o outro significa estar ao seu lado e tomar o seu partido na compreensão de sua situação.

Observar a si próprio – à medida que a pessoa conhece melhor sua própria maneira de pensar, sentir e agir e os preconceitos que possui em relação aos outros, fica mais fácil ajudar, pois haverá a compreensão de que todos os seres humanos são semelhantes.

Flexibilidade – é a capacidade e a coragem de deixar de lado o próprio ponto de vista por um instante e examinar o do outro, com honestidade e sinceridade, no desejo de encontrar o melhor caminho de ajuda. Todos têm uma certa tendência, em princípio positiva, de defender as próprias idéias e pontos de vista como se eles constituíssem uma questão de vida ou morte. As pessoas mais rígidas e inflexíveis se quebram mais facilmente: não suportam a força das tempestades. Os mais flexíveis se dobram quando a força contrária é muito forte, porém, não desistem, não se quebram, não morrem. Não há respostas e soluções para todos os problemas da vida. Admitir isso é ter flexibilidade.

Os preconceitos fazem que as pessoas sejam rígidas. Preconceitos são idéias antigas que o indivíduo traz consigo. As fábulas sobre o suicídio, por exemplo, são preconceitos contra as pessoas mais vulneráveis a cometê-los. Algumas vezes uma pessoa é tão inflexível em relação a certas idéias que chega a parecer que dá a vida por elas. Esses são os que cultivam os chamados princípios. Certas pessoas morrem defendendo opiniões que os voluntários ou profissionais que as atendem não conseguem compreender muito bem.

Quantos, por exemplo, já perderam a vida nos estádios esportivos, defendendo seus times? Os torcedores são exemplos de pessoas inflexíveis e fanáticas que não admitem perder, pois, não admitem também a superioridade do outro. Para que se possa aceitar, compreender e respeitar o ponto de vista e os sentimentos da pessoa que procura ajuda, tem-se que aprender a ser mais flexível. Ninguém se livra dos preconceitos como se faz com uma roupa impregável, mas conseguirá isso pela força da solidariedade.

194

Nivelamento – é a atitude de se perceber a altura do outro, com sinceridade. É o contrário de assumir uma atitude superior de quem se considera mais inteligente e mais sábio. Sempre que alguém se coloca acima dos outros, acaba por ter desilusões e sofrimento. Além disso, sem nivelamento não pode haver aproximação entre as pessoas. E, sem proximidade, não pode haver calor humano.

Quando ocorre nivelamento, pode-se acolher, receber o outro com simpatia, respeito e compreensão. Aquele que ajuda e o que recebe ajuda tornam-se “um” e “igual”. O nivelamento é a atitude prática da pessoa amorosa e fraterna. Essa capacidade é o contrário da projeção, postura de quem acha que os outros vêem o mundo da mesma forma que ele próprio. É colocar sobre os outros o peso das próprias crenças e preconceitos pessoais.

Humildade – é a atitude da pessoa consciente de que não sabe tudo, que não tem soluções prontas para todos os problemas humanos, que não tem respostas para todas as perguntas. Na realidade, as pessoas se sentem melhor diante de seres humanos falíveis, muito mais do que diante de super-homens ou de supermulheres de fachada. A insegurança é própria dos seres humanos. A segurança absoluta, completa e permanente é uma máscara. Todos têm uma certa tendência de usar máscaras, isto é, de se esconder. À medida que se exercitar a humildade, a pessoa tem coragem de se mostrar como realmente é. Essa disposição num voluntário facilita que a pessoa a quem tenta ajudar faça o mesmo.

Disponibilidade – embora seja um conceito bastante amplo, seus aspectos principais são os seguintes:

- disponibilidade de calor humano: atitude de expor ao outro aquilo que se é, mostra confiança no outro. É acompanhada de respeito, aceitação e compreensão. Porém, como todo ato de ajuda deve ser um ato esclarecido, e não um ato cego e impulsivo, deve-se ter clareza que não se pode ajudar a todas as pessoas. Há algumas que não querem ser ajudadas. Doar-se não significa dar conselhos, sermões ou orientações como simples auxílio, e sim, estar aberto para ouvir e acolher;
- disponibilidade para buscar o autoconhecimento: aquele que procura ajudar pessoas em sofrimento deve estar aberto para conhecer a si próprio, para que possa reservar o máximo de espaço possível ao outro.

Moderação – é a atitude de se manter longe dos extremos. A pessoa fanática e extremista dificilmente poderá ser útil e disponível, porque terá sempre muitas exigências dentro de si. Isso não significa que se deva viver na mediocridade das idéias comuns e sem originalidade. O importante é manter a flexibilidade.

Em síntese, termina-se este texto com uma pequena comparação. O médico vacina pessoas, visando a desenvolver-lhes resistência contra as doenças. Podem-se vacinar pessoas contra idéias e tentativas de suicídio, ajudando-as a desenvolver força e confiança em si mesmas e, dessa forma, adquirir resistência contra o desespero. A partir do momento em que um ser humano se coloca em disponibilidade para ouvir com compaixão o desabafo das angústias de outro, pode-se dizer que um trabalho de prevenção do suicídio se inicia. É o trabalho de doação, de apoio, de calor humano e de amizade que pode oferecer a alguém a mensagem de que não está sozinho e de que merece ser ouvido.



CAPÍTULO XVIII

Atuação dos Serviços de Saúde: Dois Modelos Como Inspiração

Suely F. Deslandes¹
Romeu Gomes²

O presente texto apresenta as possibilidades de atuação dos serviços de saúde frente aos maus-tratos cometidos contra crianças e adolescentes. Para isso, inicialmente, busca problematizar as implicações e as demandas que a violência e, especificamente, esses maus-tratos demandam ao setor Saúde, fazendo com que as lógicas e as ações de seus serviços sejam redesenhadas. Em seguida, abre-se a discussão sobre a consolidação e a criação de ações específicas. Por último, a título de dar concretude ao que se discute, comparam-se dois modelos de atuação que podem servir, tanto para se pensar os limites, quanto as possibilidades dos serviços, no trato da violência contra crianças e adolescentes.

Violência e serviços de saúde – da encruzilhada à atuação

Desde o final dos anos 80, a violência se destaca no País como importante problema de saúde. Nos anos 90, por causa da sua magnitude e mesmo de seu crescimento expressivo assinalados nos indicadores de mortes e lesões, os organismos internacionais do setor já mostravam que a violência representa tanto um sério problema para o bem-estar das populações como repercute na própria organização dos sistemas de saúde. A citação abaixo reflete claramente tal preocupação: “o setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e de assistência social” (OPS, 1993, p. 1).

Muitos são os impactos claramente observados. O mais facilmente mensurável diz respeito aos custos. Sejam os custos indiretos (por exemplo, o ônus ligado ao que a economia do País ou mesmo a economia daquela família deixou de produzir por causa da incapacidade temporária ou permanente do sujeito vitimado), sejam os custos diretos, efetivamente gastos com o atendimento prestado, a começar pela emergência, o ambulatório até sua reabilitação. E tais custos não são nada desprezíveis. Estudo brasileiro sobre as internações hospitalares revela que, em 2000, o custo médio das internações por lesões e envenenamentos foi de R\$ 505,52, quando todas as causas somadas representaram um custo médio de R\$ 393,27. Essa diferença representa uma variação percentual de 28,5% (CLAVES, 2003). Considerando-se que esses estudos somente reconhecem como internações os atendimentos superiores a 48 horas, excluindo-se a maioria dos atendimentos de emergência, então é possível inferir que tais custos são ainda superiores.

¹ Pesquisadora associada do Instituto Fernandes Figueira da Fiocruz, pesquisadora do Centro Latino-Americano de Estudos Sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves).

² Pesquisador titular do Instituto Fernandes Figueira da Fiocruz, pesquisador do Centro Latino-Americano de Estudos Sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves).

Outros impactos se fazem sentir no aumento de uma demanda de atendimentos que acaba por obrigar as equipes de saúde a buscarem maior aperfeiçoamento técnico a fim de salvar vidas ameaçadas pelo poder de destruição de armas, cada vez mais potentes, ou para lidar com a complexidade dos sistemas familiares, cuja expressão relacional se sustenta na violência. Muitas vezes o serviço se vê compelido a aumentar a oferta de determinados setores, tais como o de trauma. De um lado, há um número maior de atendimentos, muitos com extrema gravidade e outros envolvendo demandas de apoio emocional e legal, exigindo respostas cada vez mais complexas. De outro, nem sempre existe, por parte dos serviços, a possibilidade de dar soluções efetivas, reconsiderando-se o tamanho das equipes ou mesmo sua falta de capacitação. Diante desse quebra-cabeça, o profissional acaba por se sentir desamparado e muitas das vezes não sabe como proceder, o que passa a representar um significativo fator de desgaste e até sofrimento no seu próprio trabalho (DESLANDES, 2002).

Um dos pontos de partida para que tais limites sejam superados são as articulações entre diversas perspectivas disciplinares e entre diferentes ações institucionais para que se possa atuar frente à complexidade dos casos de violência que chegam aos serviços (GOMES *et al.*, 2002).

Questões relacionadas à necessidade do envolvimento do setor Saúde frente à violência não passam despercebidas aos organismos internacionais. Em 1996, por exemplo, a violência já era considerada pela Organização Mundial da Saúde como um problema de saúde pública fundamental e sua prevenção uma prioridade (OPS, 2003)³. Trata-se da experiência acumulada em tantos outros agravos epidêmicos ou endêmicos: não adianta só tratar dos que sofrem algum dano à saúde, mas buscar prevenir que venham a sofrer. Essa compreensão é devidamente acrescida de uma leitura mais madura e complexificadora a qual muitos profissionais não estão acostumados: a de que a violência não é doença, não se previne com os mesmos meios de controle como erradicação de patógenos ou imunizações. Mais ainda, a violência não atinge apenas os corpos dos indivíduos, uma vez que se insere no âmbito das relações, tanto interpessoais quanto comunitárias e interinstitucionais. Respostas criativas, ligando a ação da promoção da saúde com outros setores de atuação social (educação, economia, bem-estar e de defesa dos direitos de crianças, adolescentes e mulheres, por exemplo), passam a ser ensaiadas.

Dez anos depois da constatação que a violência constitui um importante impacto à saúde das populações e à organização dos sistemas de saúde, se afirma a necessidade premente de atuar contra a continuidade desses processos.

o setor saúde, tanto público quanto privado, ficava relegado a prestar atenção depois do sucedido, quando as vítimas da violência se apresentavam para receber tratamento [...] Hoje em dia o setor saúde participa ativa e decididamente na resposta mundial a violência, com diversos aportes. (OPS, 2003, p. 268).

³ Resolução WHA49.25 *apud* OPS, 2003.

Há um reconhecimento de que, por causa da familiaridade e da proximidade com inúmeras vítimas de violências, que acabam convergindo aos serviços e dada a possibilidade de compilar informações de forma a construir panoramas ampliados, o setor Saúde se posiciona num lugar muito especial para o enfrentamento da violência.

Violência intrafamiliar e a atuação dos serviços de saúde

O setor Saúde, incluindo seus parceiros das organizações da sociedade civil, tem se comprometido de forma destacada na construção de estratégias de enfrentamento da violência familiar.

Algumas iniciativas são reconhecidas pela Organização Pan-Americana da Saúde (2003) como eficazes, tais como as estratégias de apoio à família, de terapia, da consolidação dos recursos jurídicos e da atuação específica dos serviços.

Tomar as famílias como o foco de atuação para apoio e proteção tem sido a tônica de diversos programas nacionais e internacionais. Alguns destacam a importância de projetos voltados à capacitação para a criação de filhos, a exemplo da experiência protagonizada pelas varas da infância e juventude, outros ressaltam o quanto é válido estabelecer programas de visitação domiciliar e serviços intensivos de proteção.

Os programas de visitação familiar são apontados pela literatura como os mais promissores para prevenir a violência, inclusive a violência cometida por jovens e a perpetrada contra eles e contra crianças por pais ou cuidadores (CERVENKA *et al.*, 1996; DESLANDES, ASSIS *et al.*, 2003; OPS, 2003). Nesse tipo de ação busca-se: prover apoio à família para a resolução pacífica de conflitos; ajudá-las a desenvolver recursos emocionais para lidar com crises e apoiar as mais vulneráveis, por causa de sua situação de pobreza.

A diretriz principal nesse tipo de intervenção é o investimento no aumento da segurança das famílias em educar e proteger seus filhos. Ou, usando uma tradução do termo inglês *empowerment*, promover o empoderamento dos grupos familiares, incentivando uma forma de exercício do poder responsável e afetivo: aumentando sua capacidade de reestruturar limites e de restaurar a hierarquia familiar; estimulando habilidades parentais mais efetivas; estabelecendo regras não-contraditórias e delegando tarefas apropriadas para a idade, consensualizadas entre todos os membros da família; dando suporte aos pais para tomarem responsabilidade dos filhos e aumentando as habilidades de comunicação entre os membros. No País, esse tipo de atuação é ainda muito inicial, mas promissora, sendo introduzida no Programa Saúde da Família (PSF) e em muitos outros programas de agentes de saúde.

Os serviços intensivos de proteção são aqueles destinados a famílias que têm prática de violência entre seus membros, muitas vezes recorrente e crônica. O propósito da maioria dessas iniciativas é proteger a criança, sustar a situação de abuso, intervir para a mudança de comportamentos, manter a família unida sempre que possível, além de garantir que a violência seja notificada ao Sistema de Garantia de Direitos de Crianças e de Adolescentes (STAUDT *et al.*, 2001; OPS, 2003). No Brasil, esta tem sido a atuação mais freqüente, sobretudo nas redes que juntam serviços públicos e organizações não-governamentais.

No que concerne esse modelo, estudo sobre serviços brasileiros de atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar revela que 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; ASSIS *et al.*, 2003).

Diante dos muitos desafios e da necessidade de atuação, as secretarias estaduais e municipais de saúde brasileiras têm buscado investir na capacitação dos profissionais. De forma cada vez mais freqüente, multiplicam-se cursos e palestras sobre a temática, evidenciando o reconhecimento do problema e disposição para atuar. Essa tendência também é observada em vários países (OPS, 2003).

Hoje, se verifica uma ampliada consciência social quanto sentido pernicioso da violência intrafamiliar, mas com um leque de atuação ainda restrito e pouco articulado. Contudo, pode-se verificar que no setor Saúde é crescente a criação de grupos de trabalho e a universalização de procedimentos de notificação de maus-tratos e de encaminhamento das vítimas para os serviços que compõem o Sistema de Garantia de Direitos.

Comparação de dois modelos

200

Busca-se apresentar dois modelos que vêm sendo adotados por profissionais de serviços de saúde, no caso da atuação específica do setor. A apresentação de apenas duas não significa a exclusão de outras, apenas procura-se demonstrar que é possível agir. Os exemplos ajudam a problematizar os caminhos da intervenção e, quiçá, inspirar alternativas.

O primeiro modelo aqui descrito está sendo adotado pelo Ambulatório de Atendimento à Família (AAF), do Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira (IPPMG) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Esse ambulatório surgiu em 1996 a partir de uma demanda interna por atendimento a casos suspeitos de maus-tratos. A equipe partiu da premissa de que para se intervir no processo de violência contra a criança e o adolescente é necessário se ter uma abordagem da dinâmica das relações familiares, visando a uma compreensão mais global das causas e conseqüências do abuso. Nesse sentido, procura, desde então, adotar uma concepção que consiga abranger a amplitude e complexidade que envolve a violência familiar (FERREIRA *et al.*, 1999).

Nesse caso, semelhante ao que ocorre em muitos outros serviços no País, os profissionais ao se depararem com uma demanda considerável de atendimento a vítimas de violência doméstica resolvem criar um espaço especializado dentro da rotina hospitalar. No começo, as dificuldades foram muitas: lacunas de conhecimento, espaço institucionalizado para atender doenças, temor de não conseguir vincular as famílias, receio de se envolver juridicamente e dúvidas quanto ao melhor encaminhamento diante de cada situação.

O grupo se organizou, buscou capacitação e interlocução com outras instituições para enriquecer a formação. Aos poucos foi conseguindo apoio e legitimidade institucional a

ponto de tornar realidade a montagem de um ambulatório especializado, batizado habilmente como ambulatório da família, evitando-se uma nomeação que estigmatizasse as famílias vítimas ou protagonistas de violências.

Com uma equipe composta de dois pediatras, uma enfermeira, uma psicóloga e um assistente social, o AAF identifica, acompanha e previne as ocorrências da violência contra crianças e adolescentes, configurando-se como uma proposta de ações preventivas de nível terciário (FERREIRA *et al.*, 1999).

Hoje, esse grupo, com todas as dificuldades que enfrenta qualquer serviço de saúde pública, constitui uma referência de atendimento no estado (RJ) e ajuda a capacitar outros profissionais visando à criação de novos ambulatórios, sendo ainda objeto e lócus de pesquisa e avaliação de estudos da área (FERREIRA, 2002; PAIXÃO, 2003).

O segundo modelo é representado pelo Núcleo de Apoio aos Profissionais que Atendem a Crianças e Adolescentes Vítimas de Maus-Tratos (NAP), do Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Nessa experiência os profissionais partem também das constatações de aumento das ocorrências no cotidiano do serviço e sentem necessidade de atuar. Contudo, ao invés de constituir um grupo para um atendimento qualificado e de referência no serviço, optam por construir um espaço de apoio para todo e qualquer profissional saber identificar o problema e atender às famílias.

O NAP visa a: (a) subsidiar os profissionais do IFF da Fiocruz que atendem a crianças e adolescentes vítimas ou suspeitos de maus-tratos, no sentido de se estabelecer condutas eficazes de atenção e prevenção; (b) contribuir para a sensibilização e a capacitação de tais profissionais; (c) promover articulações intra e extra-institucional visando a contemplar a complexidade dos casos atendidos (NAP, 2001). É um espaço de discussão, reflexão, consolidação de condutas mais eficazes de atenção e prevenção, não se constituindo, portanto, em serviço de atendimento clínico direto de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos (NAP, 2002).

É constituído por um grupo multiprofissional, incluindo pesquisadores, representantes de diversos setores do IFF da Fiocruz, que discute com os profissionais daquela instituição os casos que eles espontaneamente trazem como mais delicados, que representam dúvidas de procedimentos ou mesmo sofrimento e angústia para quem atende. Assim, o profissional se beneficia de um pensar coletivo e partilha a tomada de decisões. Sente-se mais amparado. O NAP conta com a assessoria técnica permanente do Centro Latino-Americano de Estudos Sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves) da Escola Nacional de Saúde Pública (ESNP) da Fiocruz.

Nessa trajetória de dois anos, dois cursos de capacitação foram oferecidos pelo NAP aos profissionais do IFF, envolvendo 150 pessoas. Nesses espaços de construção de um referencial teórico e prático se problematizou a necessidade de respeito à família, a diferença entre denúncia e notificação, aspectos éticos do atendimento e a importância das parcerias com os conselhos tutelares e demais instituições de defesa dos direitos e de apoio às famílias.

Conclusões

O primeiro modelo traduz a busca de oferta de um atendimento altamente qualificado, de referência para as situações envolvendo maus-tratos. Sua importância é inquestionável e permite o desenvolvimento de novas metodologias de atuação, bem como a consolidação de parâmetros técnicos de atenção.

O segundo modelo busca a ampliação das bases de atuação do profissional no seu dia-a-dia, apoiando e dividindo dúvidas e decisões. Permite a capacitação continuada dos profissionais e a consolidação de uma política institucional de apoio ao trabalhador de saúde para ele atuar diante da violência.

Os dois modelos, um que se especializa e o outro que visa a uma disseminação mais generalizada, partilham de princípios comuns que se voltam para: (1) compreensão dos maus-tratos cometidos contra a criança e o adolescente a partir da abrangência e da complexidade da violência; (2) adoção de um olhar multidisciplinar na abordagem dos maus-tratos em geral; (3) possibilidade de se promover ações preventivas, junto à intervenção, para que crianças e adolescentes não sejam maltratados; (4) exercício do papel pedagógico do setor Saúde, mostrando-se que é possível atuar junto com as famílias e não em nome delas; (5) a consolidação de uma rede que possa viabilizar e apoiar a atuação dos profissionais no trato da violência.

202

Esses dois grupos constituem respostas viáveis e que só foram possíveis de serem constituídas porque havia e há compromisso e envolvimento pessoal dos seus autores. Apesar dos caminhos diferentes, ambos enfrentam problemas semelhantes de quem atua no campo: a dificuldade de ter respostas mais efetivas dos conselhos tutelares, dado que estes também sofrem de limitações estruturais; falta de mais opções para o atendimento psicoterápico dos familiares e especialmente dos autores de agressões; dificuldades em possibilitar à família uma rede de suporte para as muitas necessidades que apresentam, sobretudo as relacionadas com as conseqüências da exclusão social.

Considerando-se as dificuldades internas aos serviços em que se inserem, as duas iniciativas também precisam construir e renovar alianças a cada nova gestão e chefias, atuar de forma quase didática e militante para constantemente demonstrar a importância desse tipo de trabalho, sensibilizar os colegas para somarem esforços e exercerem suas próprias responsabilidades diante dos atendimentos de crianças e adolescentes vítimas de violências.

Certamente existem no País outras iniciativas que precisam ser divulgadas, conhecidas e mesmo avaliadas. O AAF e o NAP são exemplos de experiências e propostas de atuação, dentre outras possíveis, que podem servir de inspiração e de mote para a discussão sobre metodologias de ação específica de setor, em sua função prevista no ECA e de acordo com sua contribuição peculiar à Rede de Garantia de Direitos, contribuindo para o aprimoramento das ações de saúde na Rede de Proteção Integral.

Referências bibliográficas

CERVENKA, K. A.; DEMBO, R.; BROWN, C. H. A Family empowerment intervention for families of juvenile offenders. *Aggression and Violence Behaviour*, v. 1, n. 3, p. 205-216, 1996.

CENTRO LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS SOBRE VIOLÊNCIA E SAÚDE JORGE CARRELI (Claves). [200-?]. Disponível em: <www.claves.fiocruz.br>.

DESLANDES, S. F. *Frágeis deuses: profissionais de emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

_____.; ASSIS, S. G. et al. *Famílias: parceiras ou usuárias eventuais?: análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro: Claves; IFF/Fiocruz; Unicef, 2003.

FERREIRA, A. L. et al. A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à Família: entraves e possibilidade de atuação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 1, p. 123-130, 1999.

_____. *O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual*. Tese (Doutorado em Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.

GOMES, R. et al. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 2, p. 275-283, 2002.

NÚCLEO DE APOIO AOS PROFISSIONAIS QUE ATENDEM CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE MAUS-TRATOS (NAP). *Nap Informa*, v. 1, n. 1, ago. 2002.

_____. *Regimento Interno do NAP*. Rio de Janeiro: IFF; Fiocruz, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPS). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: OPS, 2003.

_____. *Violencia un problema de salud publica. Mensaje del Director. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 115, n. 5, p. 1, 1993.

PAIXÃO, A. C. *A relação médico-paciente num contexto de abuso sexual*. Dissertação (Mestrado)– Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2003.

STAUDT, M. M.; WHITAKER, L. S.; HINTERLONG, J. The role of family preservation therapists in facilitating use of aftercare services. *Child Abuse & Neglect*, v. 26, n. 6, p. 803-817, 2001.



CAPÍTULO XIX

Abordagem da Violência Intrafamiliar no Programa Saúde da Família

Maria de Lourdes Tavares¹

Introdução

Neste texto relatam-se situações de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes e sua abordagem por profissionais do Programa Médico de Família de Niterói. A apresentação das histórias evidencia possibilidades e dificuldades da intervenção na esfera do Programa Saúde da Família. Tem o propósito de contribuir para a orientação de profissionais do setor que lidam com crianças e adolescentes vítimas de violência na família.

A abordagem da violência intrafamiliar demanda a utilização de uma rede de apoio social, interinstitucional e intersetorial que extrapola o setor Saúde. Compete aos profissionais de saúde atuar em conjunto com outros atores e instituições, na promoção de relações e atitudes saudáveis, na prevenção e na identificação de violências familiares, e no tratamento das vítimas e dos agressores. Todavia os profissionais enfrentam diversas dificuldades ao lidar com o problema. Seja por desconhecimento ou por não disporem dos instrumentos necessários para uma ação mais efetiva, freqüentemente reduzem a intervenção ao tratamento das lesões orgânicas, quando seria indicado um olhar mais compreensivo e uma escuta amorosa, especialmente nos serviços de atenção primária, em que se situa o Programa Saúde da Família.

A estratégia de saúde da família tem como princípio norteador a atenção primária². Nesse modelo assistencial o profissional trabalha inserido na comunidade, em contato diário com a população atendida. O pressuposto no caso das relações violentas é que esse tipo de inserção propicie o conhecimento de situações de maus-tratos e impulse os profissionais a se posicionarem e a agirem, deflagrando um processo de intervenção positiva frente às situações diagnosticadas.

Caracterização do Programa Médico de Família

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado pelo Ministério da Saúde em 1993, e tem como características essenciais: o fato da família, e não o indivíduo, constituir a referência

¹ A autora é professora adjunta do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da UFRJ.

² A organização regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde resulta na segmentação destes em diferentes níveis de complexidade. O nível de atenção primária constitui a porta de entrada do sistema (excetuando-se as situações de urgência e emergência); compreende ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, execução de atividades curativas nas áreas básicas e referência aos níveis de maior complexidade quando necessário.

para as práticas de saúde; a visão da intervenção ativa e preventiva sobre a demanda; e a integração com a comunidade, como sinal de uma visão menos reducionista sobre a saúde (BRASIL, 1994; VIANA; DAL POZ, 1998; NITERÓI, 1999).

Em Niterói, município do Estado do Rio de Janeiro, o Programa Médico de Família (PMF) precedeu a expansão nacional da estratégia de saúde da família. Tendo como base a experiência cubana de medicina de família, se tornou política de governo a partir de 1992. Foi implantado em áreas favelizadas, com ausência ou precariedade de infra-estrutura urbana e social. Caracteriza-se pela atuação de equipes constituídas por um médico generalista e uma auxiliar de enfermagem, responsáveis pela atenção à saúde de famílias residentes num território delimitado de uma comunidade (800 a 1.000 pessoas), e sob supervisão de profissionais de clínica médica, pediatria, ginecologia-obstetrícia, saúde coletiva, serviço social e enfermagem. Os presidentes das associações de moradores participam como empregadores dos profissionais do programa (TUESTA, 1997; AGUIAR, 1998; NITERÓI, 1999).

Os postos de atendimento situam-se nas comunidades, nas quais geralmente residem as auxiliares de enfermagem. Visitas domiciliares, ações de prevenção, ações de promoção e atividades desenvolvidas em grupos com os usuários fazem parte das atribuições cotidianas da equipe.

206 **Violência intrafamiliar**

A violência familiar inscreve-se no horizonte da violência cultural que diz respeito às expressões de violência racial, étnica, de gênero ou de grupos etários e manifesta-se nas relações interpessoais. A cultura da violência é um ciclo que se reproduz e tende a se perpetuar, se não existir uma interferência capaz de o interromper. Nessa perspectiva, a violência é abordada como uma relação humana (ASSIS, 1994; 1995; MINAYO; SOUZA, 1999).

Neste trabalho define-se relacionamento familiar interpessoal ou comportamento violento como aquele em que, na inter-relação, existem agressor ou agressores que intencionalmente causam dano à saúde física e psicológica da vítima ou das vítimas que interagem com ele, ou as submetem a risco, por meio de uma situação de sofrimento, de estresse ou, freqüentemente, de ameaça a vidas.

Qualquer membro de uma família pode se tornar, em determinadas circunstâncias, vítima ou autor de violência interpessoal familiar. Entretanto, as crianças e os adolescentes, por serem os mais indefesos e dependentes na família e na sociedade, são as principais vítimas desse tipo de violência, tanto na extensão como na gravidade dos danos e suas conseqüências.

A família é um espaço relacional, em que se estabelecem os vínculos afetivos primários que possibilitam a formação da identidade. Apesar de todos os outros fluxos de influência, certos valores e princípios, transmitidos pela família, permanecem uma referência fundamental na existência das pessoas (MINAYO *et al.*, 1999). O isolamento social é um fator de risco para a violência familiar contra qualquer membro da família, assim como as relações estabelecidas com vizinhos, amigos, parentes e instituições próximas conformam uma rede

de apoio social que os protege. É consenso, entre estudiosos, que a qualidade das relações familiares e das interações entre família e ambiente circundante atuam protegendo ou precipitando o estabelecimento de abusos intrafamiliares (FONSECA, 1992; GUIADO, 1992; CLAPP, 1994; PRILLELTENSKY *et al.*, 1999; ANTONI; KOLLER, 2000).

Numa visão sistêmica, o bem-estar assim como os maus-tratos são determinados por múltiplos fatores que interagem nos diversos níveis que compreendem as esferas individual e familiar (microsocial), da comunidade (esfera intermediária) e da sociedade (esfera macroestrutural) (PRILLELTENSKY *et al.*, 1999).

Políticas de superação da violência familiar contra crianças e adolescentes

Os conselhos tutelares, assim como as ONGs que atuam na defesa das vítimas de violência doméstica, contribuem para a sensibilização e conscientização da população e dos profissionais de saúde e educação a respeito do tema. Desde 1990, com a vigência do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a notificação de maus-tratos tornou-se obrigatória para profissionais de saúde e educação, devendo ser encaminhada ao conselho tutelar, sendo a não notificação sujeita a multa (BRASIL, 1991).

O Ministério da Saúde, juntamente com as instituições que trabalham para reduzir e superar a violência contra crianças e adolescentes, produziu, em 1993, uma Proposta Preliminar de Prevenção e Assistência à Violência Doméstica, com o objetivo de estimular a construção coletiva de um quadro conceitual e prático, que correspondesse à realidade brasileira. O documento preconiza basicamente a humanização do atendimento familiar, fazendo da família o alvo da atenção, envolvendo toda a equipe de saúde na assistência às famílias que praticam violência, buscando serviços especializados nos lugares em que existam e procurando estabelecer uma rede de vigilância, apoio e prevenção de reincidências. Contudo, o documento enfatiza a necessidade de se respeitar especificidades e diferentes realidades locais, na construção de propostas de prevenção e intervenção contra a violência familiar (BRASIL, 1993).

Juntamente com a Sociedade Brasileira de Pediatria, uma comissão criada pelo Ministério da Saúde, em 1998, formulou uma proposta de política para prevenção da violência voltada especificamente para a infância e adolescência (MINAYO; SOUZA, 1999). Em relação aos maus-tratos contra crianças e adolescentes, a Portaria n.º 1.968, do Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União em 16/10/2001: “*Dispõe sobre a notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde*” (BRASIL, 2002).

A ficha de notificações de casos suspeitos ou comprovados de maus-tratos contra crianças e adolescentes deve ser preenchida e encaminhada ao conselho tutelar da área, para a realização de investigação e das intervenções necessárias. E uma cópia deve ser encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde. A sistematização e a padronização das informações

favorece a análise da questão em âmbito nacional. “A ficha proposta sugere a apresentação de informações essenciais e gerais para compor um Sistema Nacional, podendo e devendo ser ajustada à realidade local” (BRASIL, 2002, p. 42).

Outra iniciativa do Ministério da Saúde em relação à violência familiar foi a elaboração de um manual instrutivo a respeito do problema, para a formação e treinamento de agentes de saúde do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do PSF (BRASIL, 2002).

Situações de violência na família contra crianças e adolescentes

As histórias a seguir apresentadas foram registradas a partir do acompanhamento das atividades de equipes de médicos de família em duas localidades do Município de Niterói. A observação, com visitas semanais às localidades e registro em diário de campo, estendeu-se por seis meses. Em seguida, foram realizadas entrevistas com roteiros semi-estruturados dirigidos respectivamente aos profissionais e aos usuários do Programa Médico de Família. Foram entrevistadas duas equipes de trabalho, formadas por médicas de família, auxiliares de enfermagem, uma supervisora de serviço social. Também foram ouvidos membros de famílias em situação de violência em seis entrevistas e de duas outras, nas quais as relações são solidárias. No relato, os nomes das pessoas são fictícios, assim como a denominação de cada uma das comunidades pesquisadas.

208

Os relatos são basicamente descritivos, mas considera-se que a descrição da realidade compreende também uma dimensão analítica, resultante da ênfase na evidência de determinados aspectos, ressaltados na discussão e nas considerações efetuadas.

Perda dos filhos: a dor da mãe, negligência familiar, do estado, ou da sociedade?

Jorgina veio morar no morro com dois filhos, uma menina de 2 anos e um menino de 1 ano e três meses. Durante o dia, deixava-os trancados em casa e saía à procura de trabalho e comida. O pai do caçula era traficante e estava preso. O pai da menina, também envolvido com drogas e ex-presidiário, morava no morro com a mãe e a família.

A supervisão do Programa Médico de Família recebeu uma denúncia de negligência e a equipe foi averiguar. A médica encontrou as crianças sozinhas em casa. Cadastrou a família e relatou a situação à supervisora de serviço social. Não constataram falta de afeto ou negligência proposital, mas carência social. Mobilizaram a comunidade para que ajudassem a família. A associação de moradores doou um fogão e alimentos, pois as pessoas passavam necessidades. Mas, as crianças continuavam sozinhas enquanto Jorgina saía à procura de subsistência e emprego.

O conselho tutelar (CT) foi informado. Fez um relatório e solicitou vagas para as crianças numa creche. Assim, a mãe poderia trabalhar, ir a busca de sustento e seus filhos estariam assistidos e seguros. Há poucas creches na região, algumas são pagas, e as gratuitas dificilmente têm vagas. Só aceitam crianças com 4 anos completos e portando certidão de

nascimento. O CT conseguiu as vagas, mas as crianças não eram registradas. Elas só poderiam ser matriculadas e freqüentar a creche mediante a apresentação do registro.

Nina, auxiliar de enfermagem, relatou ter ido ao CT junto com a mãe pedir ajuda para registrar as crianças. A burocracia emperrou o processo. Passaram-se uns três meses. Numa tarde as crianças estavam sozinhas em casa e entraram debaixo do fogão, o fundo caiu sobre elas e o caçula morreu.

A declaração de nascimento até então obstaculizada foi efetuada após a morte da criança, para em seguida atestar-se o óbito e possibilitar a realização do enterro. A mãe perdeu a guarda da menina que foi internada numa instituição por ordem judicial.

A médica e a supervisora de serviço social fizeram novo relato ao CT e ao juiz explicando que o conselho havia sido informado das circunstâncias antes do episódio fatal. A mãe estava sofrendo com a perda do filho e afastá-la da filha seria penalizá-la duplamente. Era uma mulher trabalhadora e uma mãe carinhosa. O juiz se dispôs a suspender a institucionalização desde que outro adulto se responsabilizasse pela menina. O pai então recebeu a mãe e a filha em sua casa, assumindo a guarda da criança. Mais tarde a mulher conseguiu emprego e foi morar em outro local, retornando periodicamente para visitar a menina.

Chama atenção nesta história a lentidão das instituições de apoio presentes na comunidade para apresentar uma atuação efetiva (o PMF, a creche, a associação de moradores e principalmente o conselho tutelar). Apesar de todos estarem cientes das circunstâncias de miséria e desamparo em que se encontravam as crianças, sozinhas em casa, não foi possível evitar a morte do menino. Pelo contrário, a doação do fogão em estado precário, que deveria ajudar a família, resultou em elemento associado a ato fatal. O conselho tutelar manifestou inoperância para resolver um problema aparentemente simples.

Perda dos pais: o abandono, a busca de ajuda, a sensibilidade do profissional

Luiz teve os pais exterminados por narcotraficantes. Órfão, com 13 anos, passou a morar com a família da tia. Mas, a tia, o tio e o primo de 16 anos também usam drogas e o maltratam. Luiz procurou o posto de saúde de seu bairro, por conta própria. Referiu-se considerar pouco desenvolvido para sua idade e estar preocupado com isso. A médica lhe explicou que o desenvolvimento no rapaz é mais tardio que nas meninas e pediu exames de rotina. Segundo a médica, Luiz é um rapaz muito sozinho e a atitude de procurar o posto exprime um pedido de ajuda. Ela iria conversar com a supervisora de serviço social para tentarem ajudá-lo e mantê-lo longe das drogas.

A médica demonstrou sensibilidade ao interpretar a procura do posto pelo rapaz como um pedido de ajuda, buscando, por sua vez, auxílio e apoio junto à supervisão de serviço social. É importante que os profissionais de saúde estejam abertos para escutar e perceber as demandas indiretas que, em situações como a desse menino, é assim que costumam se apresentar. Tendo em vista o que pode ser mobilizado pelo programa e o respeito que os

profissionais gozam na comunidade, é muito positivo o fato de adolescentes procurarem apoio no PMF.

A naturalização da violência nas relações familiares com as crianças e os adolescentes

É unânime entre os profissionais a afirmação de que muitas situações de violência familiar não chegam ao seu conhecimento. Muitas situações de maus-tratos não são explícitas. As famílias tendem a esconder, o quanto podem, os conflitos e violências. Se por um lado, essas situações costumam ser escamoteadas, por outro, é freqüente nos aglomerados de favelas urbanas, um modo de se portar e de se relacionar difere dos padrões de comportamento considerados adequados nos estratos sociais médios e altos. Os médicos ressaltam bastante o tratamento dispensado às crianças pelos adultos, em que as agressões verbais e físicas são usuais: “Eu já peguei mãe que chama o filho de mala, de porra, ‘essa porcaria que eu tentei tirar e que não consegui!’”

Já a auxiliar de enfermagem surpreendeu-se com a reação da criança quando a mãe, durante a consulta, referiu-se à filha dizendo “essa coisa aqui está me dando trabalho” e a menina de 8 nos retrucou: “u não sou coisa não”.

210

No bairro estudado, beliscões e empurrões nas crianças, cascudos e tapas nas cabeças infantis, fazem parte do cotidiano. Quem os recebe não esboça reação, no máximo um balbúcio, um gemido débil. Esses atos fazem parte do cotidiano, são atitudes corriqueiras e as pessoas não se surpreendem nem prestam atenção. Mas, quando ocorrem na presença dos técnicos, eles tentam interferir, conversar e orientar as mães.

No grupo de adolescentes, ao debater o tema relação entre pais e filhos, quase todos os participantes (a maioria entre 9 e 12 anos de idade) disseram apanhar muito. Os pais batem neles com objetos, com fio, os espancam e empurram. No mesmo bairro, uma mãe quebrou a vassoura na perna do filho de 1 ano de idade e os vizinhos revoltaram-se, queriam bater na agressora. A polícia local foi chamada e retirou a mulher do morro para protegê-la. Mas, a criança não foi levada ao hospital para evitar a notificação e a incriminação da mãe como responsável pela agressão. Essa mulher era a mais esclarecida dentre as participantes do grupo de puericultura, sabia como cuidar, como preparar a alimentação e, no entanto, cometeu tal violência, pautada em valores culturais que transformam a criança em objeto a dispor dos pais.

Há situações freqüentes de negligência, como as das mães que não levam os filhos para vacinar, faltam às consultas ou não vão ao posto para acompanhamento da saúde de seus filhos. Uma vez, durante a pesquisa, testemunhei que uma mãe se esqueceu de alimentar seu bebê. Ela o levou desidratado ao posto e não sabia o que estava ocorrendo com ele. As auxiliares de enfermagem deram o soro de TRO para o bebê e, em meia hora, ele já estava com outra cara, até sorrindo. A médica ameaçou chamar o conselho tutelar se a mãe trouxesse a criança ao posto novamente naquele estado. Aos 4 meses, o neném já havia

contraído duas pneumonias, uma desidratação e uma série de intercorrências. Simplesmente porque a mãe negligenciava sua alimentação: mamadeira e água. Depois desse episódio, ela foi embora do morro. O conselho tutelar deveria ter sido informado. Os conselheiros poderiam investigar o paradeiro da família e encaminhá-la para acompanhamento em outro serviço de atenção primária à saúde. Merece destacar o uso do conselho tutelar como forma de ameaça, o que contradiz a estratégia de promover uma visão positiva do CT junto à população, e não coercitiva.

Outro relato é o de uma criança rejeitada pela mãe e pela avó. A médica encontrou a avó preparando uma mamadeira ao lado da mãe com os seios cheios de leite, e tentou estimulá-la a amamentar o filho. Algum tempo depois a mãe foi embora de casa e deixou a criança com a avó. A médica tentava orientar o preparo da mamadeira, mas a avó queria agir de seu jeito. Começou a engrossar o leite apesar de informada de que não deveria fazê-lo, pois o bebê ainda era muito novo. A criança apresentou episódios sucessivos de vômito e diarreia. Foi internada no Hospital Getúlio Vargas Filho (HG VF) e morreu. A médica foi ao hospital saber se havia outra doença de base além de desidratação e do desequilíbrio eletrolítico. A morte foi decorrente do erro alimentar. Para a médica, o desapego e o desamor da mãe e da avó inviabilizaram a sobrevivência da criança, são “mortes anunciadas”, comentou. Nessa história, a orientação se mostrou ineficaz. Apesar dos esforços da médica a avó não lhe deu ouvidos, e persistiu na conduta que resultou na morte do neto.

Estratégias de intervenção

Os profissionais têm convicção de que nem todas as situações de violência familiar no bairro são de seu conhecimento. Sua primeira ponderação é de que os maus-tratos não são explícitos, pois, tanto quanto possível, as famílias escondem os conflitos e as violências. Os médicos suspeitam das situações de violência familiar e as identificam porque freqüentam as casas e estão diariamente na comunidade. Mas estão cientes de que uma parcela dos casos lhes escapa, permanecendo encoberta. Eles tomam conhecimento das situações de violência familiar quando presenciam um evento dos tipos que foram narrados ou quando, no consultório, constatam lesões físicas ou emocionais nos pacientes; ou quando os próprios pacientes relatam as agressões e violências que sofreram; por meio de informações de vizinhos ou familiares que os procuram para contar alguma ocorrência e solicitar a interferência; ou, ainda, por meio de informações vindas de serviços de saúde, escolas, conselho tutelar ou delegacias.

Via de regra, os profissionais sentem-se muito mobilizados com as histórias de violência nas famílias, mas têm dificuldade em interferir nos conflitos. Afirmam ser mais difícil saber o que fazer do que identificar uma situação de violência familiar. As diversas ocorrências suscitam nos profissionais a necessidade de interferir no processo, mas como? Lidar com a comunidade, em tais circunstâncias, é difícil e incomoda.

Os médicos de família gostariam de responder objetivamente às demandas dos pacientes, de oferecer-lhes uma orientação precisa, direta e clara, como se dá em relação a outros problemas: “faça isso e sua queixa desaparecerá, eu lhe garanto resolver seu problema se

“você agir conforme minha orientação”. Entretanto, as situações de violência são complexas, fogem ao âmbito específico da saúde e o profissional frequentemente não possui clareza quanto à melhor conduta a ser seguida. Em consequência, em alguns casos, o profissional evita tocar no assunto com os implicados. É difícil ouvir quando não se sabe o que dizer para aliviar a tensão do paciente, ou ajudá-lo a organizar seus sentimentos para que ele mesmo possa decidir sobre o que fazer. A sensação de imobilismo aflige, mas a tendência é acostumar-se às limitações da prática profissional. E, assim, cresce o risco do profissional omitir-se em situações nas quais sua intervenção poderia contribuir para solucionar, ou minorar, o sofrimento dos pacientes com histórias familiares de crueldade.

Os profissionais também se queixam muito da ausência de uma rede de organizações de apoio social apta a oferecer o suporte necessário às famílias em situação de conflito e violência. Por isso, quando descobrem uma forma de solidariedade e auxílio mútuo na comunidade, ou próxima a ela, passam a lançar mão dessas estratégias de apoio local. A sobrevivência em comunidades pobres torna-se viável, em grande medida, graças à solidariedade comunitária.

Ao receber uma denúncia de maus-tratos, dois procedimentos se impõem ao profissional: é necessário investigar a veracidade da denúncia e das circunstâncias que resultaram no abuso, e, concomitantemente, impedir a continuidade do abuso, interromper a violência. A supervisora de serviço social ressaltou a importância de não se fazerem julgamentos precipitados e de averiguar as circunstâncias do abuso antes de tomar uma atitude, pois a pessoa que se diz vítima pode, inclusive, ser a agente da agressão. Numa família de um dos bairros estudados, o que a princípio parecia configurar uma situação de abuso sexual se revelou uma estratégia de proteção do pai em relação a uma das filhas e de possível permissividade em relação às outras. Diz a assistente social:

A gente imaginava que a criança sofria abuso sexual do pai, quando ele pegava a menor e tirava da casa porque as maiorzinhas estavam se prostituindo. Ele tirava da casa e levava para o trabalho. Então ele o tempo inteiro foi colocado como agressor, e ele era o protetor. Apesar dele ser uma pessoa perturbada, em tratamento psiquiátrico.

A supervisão de serviço social acompanha o processo de intervenção, discute os encaminhamentos com a equipe, estabelece os contatos externos com as instituições de apoio social e participa mais ou menos incisivamente das ações, conforme a solicitação do médico de família e da auxiliar de enfermagem. Todos, conjuntamente, tentam formar uma rede institucional de solidariedade com o conselho tutelar e a Pastoral da Criança. A prioridade é sempre buscar uma solução dentro da rede de convivência, no próprio núcleo familiar ou nas relações mais próximas à família. E quando a família permite, estabelecem uma rede de solidariedade da vizinhança no sentido de apoiá-la.

Nas situações que envolvem crianças e adolescentes, a responsabilidade pela resolução recai, em última instância, sobre o conselho tutelar. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) torna obrigatório que os profissionais de saúde notifiquem as situações a esse órgão. Nesses casos, a lei impele o profissional a agir, impede-o de ignorar as situações. Entretanto, o profissional mantém a mesma linha de conduta utilizada frente às outras situações de

violência familiar. Primeiro tenta resolver o problema por meio do diálogo, da conversa e da orientação dos responsáveis diretos pela criança ou adolescente, geralmente a mãe ou alguma mulher da família. O segundo passo, em geral, é tentar criar uma solução com base nos recursos locais. Os técnicos procuram familiares ou vizinhos que possam auxiliar a família em conflito, que assumam temporariamente os cuidados pela criança ou adolescente vítima de violência. Em algumas situações, os profissionais de saúde interagem com mais um elemento, os agentes de organizações não-governamentais atuantes nessas comunidades (como a Pastoral da Criança), que por vezes participam do processo de intervenção.

Quando as soluções locais se mostram ineficientes, aciona-se o conselho tutelar. Em alguns locais, existe um receio muito forte em relação à atuação do conselho tutelar. Isso transcende a população e acontece até mesmo com os profissionais. Fala doutora Laís:

Quando eu comecei a trabalhar aqui, eu não sabia abordar, eu não sabia o que fazer, eu entrava em pânico. Eu não sabia, vou mandar para onde, o que eu faço com isso? Como é que eu reajo? Hoje em dia já não tenho mais tanto isso. Porque a gente encaminha. Tenta dar um encaminhamento, orientar. [...] Mas hoje em dia eu já não tenho mais medo. Eu tenho medo em caso de criança que você tem que ir ao Conselho. Se o Conselho botar teu nome no meio acabou teu trabalho no morro.

Todavia, em outras áreas, o conselho tutelar é considerado, por técnicos do programa, um parceiro nas intervenções, em situações de violência contra criança. O conselho tutelar foi citado pela supervisora de serviço social de um dos bairros pesquisado como referência nas situações de violência contra criança, sendo considerado parceiro fundamental do PMF. Nina comenta:

O Conselho Tutelar melhorou bastante. Eles estão dando mais suporte, estão vindo, estão conversando. Estão levando as pessoas para pegar uma alimentação aqui, outra ali. Um grupo de orientação mesmo. Eles estão procurando melhorar a situação do paciente, no caso das pessoas que estão chegando até o Conselho Tutelar. Estão agilizando as coisas mais rápido, para tirar uma documentação.

Nessas áreas, faz parte da estratégia de intervenção fortalecer o conselho tutelar como uma instituição de apoio e não-punitiva. O conselho tutelar pode ser informado desde a identificação das situações: os técnicos solicitam o apoio e a anuência dos conselheiros para as ações desencadeadas. A assistente social refere:

Primeiro, envolver o Conselho Tutelar inibe, intimida. E por outro lado é mostrar 'olha, você pode procurar, o Conselho Tutelar não é só para denunciar que você é um filho da mãe'. Você pode não ser um 'filho da mãe', e naquele momento estar precisando de um apoio, uma orientação.

Assim, o CT se torna uma exceção num panorama de escassez de organizações de apoio e insegurança diante da atuação das instituições como as delegacias. Todavia, novas estratégias têm sido postas em prática. Existe um fórum que se reúne mensalmente e do qual participam o Juizado de Menores, o conselho tutelar, o Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), o Programa Médico de Família, a Fundação da Infância e da Adolescência (FIA), a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (Abrapia),

as organizações ligadas à infância, com atuação em Niterói. Esse fórum estava desativado e foi reorganizado de forma mais consistente no início de 2001.

Em relação aos profissionais de saúde, a escuta se mostrou um instrumento de intervenção essencial e que depende exclusivamente da disponibilidade dos profissionais, diz doutora Ivana:

É diálogo, você estar sempre aberto a ouvir. Porque para a pessoa tomar a iniciativa de pedir socorro é porque ela já vem passando aquilo por um tempo muito grande e não está segurando mais a barra sozinha. Então a partir do momento em que se dá o grito de socorro, a gente sempre tem que estar aberto para o diálogo e tentar ajudar o mais imediato possível.

A abertura para a escuta e o diálogo não é simples nem fácil, pois a violência na família afeta os profissionais e suas visões sobre o tema. Em que se compreende a demanda antiga das equipes do PMF por um acompanhamento ou supervisão de saúde mental. Os técnicos se queixam da ausência de suporte na esfera psíquica. Além da necessidade de um serviço qualificado para encaminhar os pacientes, existe a expectativa de uma supervisão que ajude a lidar com as dificuldades na esfera das relações com os pacientes e com a população.

Considerações finais

214

Segundo os profissionais de saúde, há necessidade de ações estruturais para diminuir as desigualdades socioeconômicas, melhorar a distribuição de renda e aumentar a oferta de emprego; e atuar na esfera da cultura, para fomentar a transformação das mentalidades, em favor das crianças e dos adolescentes. Nesse sentido, o investimento em ações dirigidas às gerações mais jovens é considerado estratégico e um caminho é o desenvolvimento de atividades desportivas e artísticas. Comenta doutora Ivana:

Crianças na escola. Crianças nesses projetos sociais como da Fernanda Keller, e do Grael. Esse tipo de projeto é fundamental. A criança afastada de violência, tendo esse tipo de esporte, tendo exemplos para se tornar sempre melhor. Você tem que ter essa mentalidade, buscar a ponte para ser sempre melhor.

Um ponto essencial a observar é que a escola e a família são consideradas espaços primordiais para a realização de ações preventivas. Mas, por mais difíceis que sejam suas circunstâncias, há sempre uma parcela de responsabilidade dos indivíduos que nelas atuam.

Em relação ao processo de intervenção, alguns aspectos merecem destaque. É necessário reconhecer a complexidade das situações de conflito familiar. Dificuldades e escassez econômicas, miséria, condições sanitárias deletérias, ausência de creches, alcoolismo e tráfico de drogas muitas vezes funcionam como fatores potencializadores para estas situações de conflito em família. Especialmente em comunidades onde se concentram, é fundamental constituir uma equipe com profissionais especializados para assistência aos familiares e suporte aos técnicos que lidam diretamente com a população. Sua função seria, fundamentalmente, dar apoio aos profissionais e favorecer intervenções eficazes do ponto de vista do ser humano, do cidadão, por meio da assistência especializada e individualizada, quando indicado.

Dentre os aspectos positivos encontrados nas atividades desenvolvidas pelo programa e que podem influir na superação de relações familiares violentas, ressalta-se a iniciativa dos grupos de jovens e a disposição dos adolescentes de buscarem estabelecer um vínculo com os profissionais do Programa Médico de Família. Se eles possuem a qualidade de serem verdadeiros e sinceros em suas atitudes no diálogo com os técnicos, é um sinal de que a presença dos profissionais nas comunidades é conseqüente, encontra correspondência nos anseios de vida dos jovens e pode ajudá-los num momento conturbado internamente, e no qual as decisões frente às opções de vida passam a ser tomadas por eles mesmos e não mais por seus pais.

Como elementos para uma proposta de abordagem e intervenção em famílias em situação de violência, vale assinalar:

- a necessidade de aprofundar a consciência entre os profissionais de saúde sobre a importância em assumir o enfrentamento da violência familiar como um problema que diz respeito ao setor;
- dar continuidade e ampliação ao diálogo e ao debate com as áreas afins que devem ser integradas nas intervenções em situações de violência familiar: organizações não-governamentais de proteção aos direitos da mulher; das crianças e dos adolescentes; conselhos tutelares; a esfera judiciária; da educação e das políticas públicas sociais;
- normatizar as atribuições das diferentes esferas de atenção à saúde na abordagem e na intervenção em situações de violência familiar;
- definir serviços de referência para situações específicas de abuso contra crianças e adolescentes, mulheres, idosos e deficientes
- definir serviços de referência para apoio e intervenções dirigidas aos agressores;
- aprofundar e ampliar o debate acerca das condutas frente a situações de violência familiar;
- envolver, nessa discussão, profissionais da esfera de atenção básica, juntamente com especialistas, médicos, educadores, psicólogos e assistente sociais;
- propor a realização de treinamentos, elaboração de material educativo, protocolos e manuais de orientação para sensibilizar os profissionais de saúde para a importância em buscar uma abordagem global das famílias em situação de violência;
- incluir os adultos do sexo masculino nas abordagens e intervenções;
- definir momentos e circunstâncias desencadeantes das ações, a fim de se evitar o adiamento e o retardo das intervenções.

Por fim, o setor Saúde, por sua tradição, nas práticas de prevenção e promoção, tem a capacidade, também, de liderar ou de reivindicar uma articulação de redes de apoio que facilitem a dura, mas gratificante, tarefa de aliviar o sofrimento de vítimas de agressão, de propiciar uma existência mais saudável à comunidade com a qual atuam.

Referências bibliográficas

AGUIAR, D. S. *A Saúde da família no Sistema Único de Saúde: um novo paradigma?* Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

ANTONI, C.; KOLLER, S. H. Visão de família entre adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. *Estudos de Psicologia*, v. 5, n. 2, p. 347-381, 2000.

_____; KOLLER, S. H. Vulnerabilidade e resiliência familiar. *Psico*, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 39-66, jan./jul. 2000.

ASSIS, S. G. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 126-134, 1994. Supl. 1.

_____. *Trajetória sócio-epidemiológica da violência contra crianças e adolescentes: metas de prevenção e promoção*. Tese (Doutorado em Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

BRASIL Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual para orientação de agentes comunitários de saúde na abordagem da violência intrafamiliar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

216

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes: um passo a mais na cidadania em saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Constituição e legislação relacionada. *Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990*. São Paulo: Cortez, 1991.

_____. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Fundação Nacional de Saúde *Programa de saúde da família: saúde dentro de casa*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. *Violência contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

CLAPP, A. S. *Relações violentas numa dinâmica familiar: análise de um caso social*. Dissertação (Mestrado)– Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 1994.

FONSECA, N. M. O assistente social e a intervenção nas situações de violência. *Revista Pesquisa Médica*, Porto Alegre, v. 2, n. 26, p. 53-54, 1992.

GUISADO, S. M. *Características do sistema familiar da criança espancada*. Dissertação (Mestrado)– Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1992.

MINAYO, M. C. S. et. al. *Fala, galera: juventude, violência e cidadania*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

_____; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência?: reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: Abrasco. v. 4, n. 1, p. 7-23, 1999.

NITERÓI. Fundação Municipal de Saúde. Memorial do Programa Médico de Família. Vice Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e Familiar. *Programa Médico de Família*, 1999. Mimeo.

PRILLELTENSKY, I.; PEIRSON, L.; CHAMBERLAN, C. *La promotion du bien-être de la famille et la prevention des mauvais traitements infligés aux enfants*. Cadre de réflexion et d'action. Projet pour le bien-être de la famille. Développement des ressources Humaines Canada. Programme de partenariats en développement social, en collaboration avec les directeurs provinciaux et territoriaux de la protection de la jeunesse. Canadá, 1999.

TUESTA, A. J. A. *Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)– Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. *Reforma em saúde no Brasil: programa de saúde da família: informe final*. Rio de Janeiro: IMS; UERJ, out. 1998. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 166).



PARTE 4

O Papel da Mídia na Proteção Integral das Crianças e dos Adolescentes

Maria Cecília de Souza Minayo¹

Não há dúvida, no atual momento histórico, de que a mídia tem um papel fundamental na socialização das pessoas, influenciando seu modo de pensar, sentir e agir. Alguns exageram na atribuição da responsabilidade dos meios de comunicação social em dois sentidos: ou consideram que eles podem mais que realmente podem ou lhes atribuem um papel demoníaco de perversão social. As teorias sobre o assunto são muitas e a literatura especializada, nacional e internacional, apresenta um debate rico, complexo e, frequentemente, controverso.

¹ Professora e pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz, pesquisadora de carreira do CNPq, editora da Revista Ciência & Saúde Coletiva da Abrasco. Presidente da Comissão Técnica criada pelo Ministério da Saúde para formular a Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências (no período de 1998 a 2000), coordenadora científica do Centro-Latino Americano de Estudos Sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves) da Fiocruz.

Neste livro, o tema é visto sob uma ótica muito específica: seu papel na prevenção da violência contra crianças e adolescentes e suas potencialidades na propagação e inculcação social da doutrina de proteção integral a favor desse grupo social, tal como é tratado prioritariamente no art. 227 da Constituição Federal de 1988 e na sua regulação por meio da Lei n.º 8.069/90 que institui o ECA.

Independentemente de qualquer enfoque que se adote, uma coisa é certa: tornou-se impossível pensar em processo pedagógico de qualquer natureza, hoje, sem se levar em conta o trinômio: informação, comunicação e educação. Por isso, ao mesmo tempo em que o processo presencial dos educadores da escola e da família, inclusive o que segue a revolucionária pedagogia de Paulo Freire, precisa ser fortalecido e requalificado, ele não pode se tornar uma ilha fechada, desconhecendo as profundas mudanças trazidas pelo mundo da informação e da comunicação. Objeto da chamada Terceira Revolução, possibilitada pelo desenvolvimento científico e tecnológico, sobretudo, da área da microeletrônica, não existe nenhum pensador da atualidade, ou da também chamada Pós-Modernidade, que não inclua, na sua reflexão, o lugar relevante das mídias. Seria possível criar uma metáfora desse extraordinário desenvolvimento e dessa enorme mudança, dizendo que as profundas transformações passam necessariamente pela comunicação, essa veloz locomotiva que passa pelo caminho da informação e pelos trilhos da informática.

220

Acontece que a reflexão teórica e ética a respeito das mídias não tem conseguido seguir, na mesma velocidade, os ritmos e as realizações do complexo mundo comunicacional. Em geral, o público ou seus próprios atores se envolvem num encantamento mítico ou, o que é mais freqüente, caem no moralismo, este último, quase sempre de cunho saudosista, como se fosse possível estancar as comportas da avalanche de informações e desligar a interconectividade que hoje liga o mundo inteiro.

Por isso, os textos dos autores que conformam a Parte IV deste trabalho são da mais relevante importância, por vários motivos: (1) porque fazem uma parada, uma verdadeira inflexão para refletir sobre esse universo apressado, veloz e ativista da informação e da divulgação; (2) porque introduzem nele a crítica necessária a qualquer elaboração humana; (3) porque colocam para os leitores não especializados o quanto de interesses, ideologias e preconceitos estão presentes nas versões dos fatos veiculados; (4) porque anunciam um mundo de possibilidades que as mídias apresentam se mobilizadas na busca de transformações, essas no caso da sensibilização, informação, esclarecimentos, argumentação a favor de posturas visando a causas cidadãs. Nas linhas e entrelinhas, os autores evidenciam que as mídias não são tudo ou nada, anjo ou demônio, bem ou mal. São criações humanas que, no atual momento histórico, não podem ser menosprezadas em qualquer processo de socialização. Não são processos indomáveis, e sim, passíveis de reflexão, de crítica e de intervenção.

O primeiro trabalho, escrito por Kathie Njaine, traz uma contribuição indispensável à discussão, pelo setor Saúde, do papel da mídia em relação ao aumento da violência social, mormente entre crianças e adolescentes, em todo o mundo. Seu texto apresenta uma importante revisão bibliográfica que precisa ser lida com o cuidado de quem aprendeu a

dialetizar. A autora mostra as diferentes teorias, as diversas visões locais e internacionais, a multiplicidade das interpretações e as dificuldades de consensos. No meio disso tudo, Kathie considera, a partir de suas próprias pesquisas e de investigações de outros autores, que é importante se criar uma reflexão crítica e sistemática sobre o assunto, sobretudo no que concerne à televisão, uma vez que esse meio está absolutamente universalizado no País. Enquanto em outros países já existem núcleos de pesquisa e uma visão crítica bastante apurada sobre as relações entre mídia, violência e saúde, no Brasil, o assunto ainda padece de pobreza argumentativa e carência de fundamentação específica, ancorada na cultura local: os que estão trabalhando com isso são ainda quase personagens exóticas. Seu texto traz importantes recomendações que podem orientar os profissionais do setor, sobretudo os que fazem a mediação entre educação e saúde.

O segundo texto, escrito pelo jornalista e professor Edson Silva, coloca à disposição dos leitores uma bela e profunda reflexão sobre conceitos básicos manipulados cotidianamente pelos operadores da informação. Por meio de dois casos, ele elabora uma leitura analítica e crítica do discurso de dois periódicos, um de circulação local e outro de circulação nacional sobre a doutrina de proteção integral das crianças e dos adolescentes. Em seu trabalho, o autor mostra como, nas linhas e entrelinhas das matérias de jornais, um passa mensagens de mudanças e outro de preconceitos arraigados na sociedade, reafirmando-os. Um mostra as deficiências, na prática, da implantação do ECA. O outro questiona, como negativa, a filosofia que o fundamenta. O professor Edson, em sua proposta, ressalta que a imprensa, sob suas mais diferentes expressões, pode contribuir e muito para a implantação do ECA e colaborar para criar uma nova mentalidade e prática de respeito e proteção à plena cidadania das crianças e dos adolescentes. Mais que isso, argumenta que não se poderão constituir novas subjetividades sem a contribuição, nessa sociedade letrada e visual, sem se contar as mídias.

O terceiro texto, elaborado pelo jornalista e apresentador de televisão André Trigueiro, aborda, por meio de um assunto muito específico: suicídio e mídia, os lapsos da informação, marcados e até determinados pela censura e preconceitos sociais. Seu trabalho vai à contramão do senso comum que acredita haver uma imposição da mídia sobre a sociedade. O tema do suicídio é tratado pelo autor a partir de informações trazidas por análises das bases de dados do Ministério da Saúde e de orientações da Organização Mundial da Saúde. Numa postura crítica e fundamentada, André evidencia como a mídia tende a pouco questionar os estereótipos sociais. Inclusive, quando não há o propósito claro de promover uma intervenção consciente para desmistificar determinados mitos, ela atua reafirmando-os, ou realizando uma função de ocultamento, como no caso do fenômeno do suicídio. Pela forma tão bem elaborada e pela clareza das idéias veiculadas, o texto de André Trigueiro diz por si mesmo sobre as contradições dos meios de comunicação social. Por outro lado, ao desvelar essas contradições, seu texto apóia o argumento de que é possível propor mudanças dentro do próprio campo, a partir das outras áreas que devem interagir com ele, como é o caso da saúde pública que precisa ter suas mensagens e suas reflexões veiculadas ao grande público brasileiro.

Por fim, o quarto trabalho apresenta uma experiência de sistematização e de disponibilização de informações promovida pelos profissionais da Coordenação-Geral de Documentação e Informação (CGDI) da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, centrada sobre o tema da violência e seu impacto sobre a saúde. Embora não se pretenda ser exaustivo, mesmo porque a idéia que preside a experiência é a de construção interativa e permanente de dados e instrumentos, a proposta é em si uma “mostra” de que é possível democratizar os meios e cada vez mais e melhor. Mas, ainda é importante torná-los acessíveis aos gestores, à sociedade civil e ao cidadão comum, pois informação é poder e o poder precisa ser socializado num País de raízes autoritárias e patrimoniais como o Brasil.

Em síntese, essa parte trata das relações da mídia com o campo dos direitos humanos e dos direitos sociais, evidenciando que os conteúdos veiculados pelos meios de comunicação social não são nem melhores e nem piores que a consciência atingida pela sociedade em relação à determinada questão. No caso da doutrina de proteção integral, infelizmente, ainda pouco se avançou (na sociedade e na área de comunicação) em relação ao momento de promulgação do ECA, há 14 anos. No caso da veiculação das diferentes formas de violência contra crianças e adolescentes ou dos atos infracionais cometidos por esse grupo social, existe pouco conteúdo crítico adicionado às opiniões emitidas. Mas, ainda, raramente elabora-se a idéia de processo em relação a temas importantes que, quando noticiados, tendem a ser tratados como episódios únicos, fragmentados, sem contexto, sem seqüência e sem consequência.

222

No entanto, não há dúvida de que a mídia é um componente fundamental da formação social e cultural da sociedade brasileira atual. Alguns a chamam de quarto poder. É preciso, pois, compreendendo sua importância, que o setor Saúde invista em construir parcerias com suas organizações e com seus profissionais que se disponham a oferecer à sociedade brasileira uma informação mais qualificada para a divulgação e a consolidação da doutrina de proteção integral à criança e ao adolescente. Esse gesto é um serviço à democratização da sociedade brasileira.

Referência bibliográfica

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 114 p. (Série E. Legislação de Saúde). ISBN 85-334-0761-0.



CAPÍTULO XX

Violência na Mídia e Saúde

Kathie Njaine¹

A questão da violência na mídia e seu impacto na vida de crianças e adolescentes se insere no debate sobre os direitos de proteção integral desse grupo, previstos no artigo 17 da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, aprovada pela ONU em 1989. Diversos países do mundo ratificaram a convenção, embora nem todos tenham criado legislações próprias para a proteção da criança contra informações prejudiciais ao seu bem-estar, assegurando o direito de acesso às fontes que promovam sua saúde física e mental e seu desenvolvimento social, moral e espiritual.

Considerada pelos principais setores de saúde dos países centrais como um problema de saúde pública, o tema da violência na mídia é ainda pouco debatido no Brasil. Recentemente, o Programa do Adolescente da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) recomendou investigações sobre o assunto, com o intuito de realizar diagnóstico e encontrar estratégias de prevenção pelo setor na região das Américas (McALISTER, 2000).

A preocupação com essa temática fundamenta-se primeiramente na ampla circulação de cenas de conteúdo violento na programação da televisão por meio de filmes, videogames, internet, dentre outros, distribuídos, sobretudo, pelos Estados Unidos aos demais países do continente e para grande parte do mundo. Em segundo lugar, existe uma dificuldade de controlar a qualidade desses conteúdos devido ao fluxo veloz das informações na sociedade contemporânea.

Desde a década de 60, muitos profissionais da saúde de países da América do Norte, Europa e Ásia vêm investigando os efeitos da violência na televisão, sobretudo relacionada ao público infantil. Somente nos EUA são mais de 3.500 estudos sobre o tema. Outras regiões do mundo também têm feito investimentos em pesquisas, reconhecendo que os meios de comunicação tornaram-se um fenômeno global de difusão de valores e imagens em grande escala e com tecnologias cada vez mais avançadas.

Tradicionalmente, os principais modelos teóricos que apoiaram as pesquisas sobre os efeitos da violência na mídia e o seu impacto sobre a saúde de crianças e adolescentes foram:

- teoria da aprendizagem social (BANDURA, 1965) que procurou demonstrar que as crianças imitam o que vêem na televisão ou adquirem padrões de comportamento propostos por esse meio;
- teoria dos efeitos preparatórios (BERKOWITZ, 1984) que destaca a transitoriedade desses efeitos decorrentes da exposição à violência, dependendo da vivência de violência na vida real e de alguns aspectos individuais do espectador

¹ Doutora em Saúde Pública, pesquisadora do Claves da Fiocruz, Rio de Janeiro.

- teoria do *script* (HUESMANN, 1986) que diz que determinados *scripts* adquiridos durante a infância são usados no futuro como guias para o comportamento social e para a resolução de problemas.

Outro efeito importante apontado na literatura como conseqüência de contínuos processos de exposição à violência na televisão ao longo da vida é a dessensibilização. Esse efeito se caracteriza pela indiferença dos indivíduos frente às vítimas da violência e a pouca capacidade de intervirem nos conflitos que presenciam envolvendo outras pessoas. A intensificação do medo dos espectadores de serem vítimas de violência na vida real também é outra conseqüência pesquisada.

Um trabalho pioneiro elaborado pelo Gabinete de Saúde Pública dos Estados Unidos, em 1972, analisou o conteúdo da programação televisiva norte-americana e apontou os possíveis impactos da violência sobre os valores e comportamentos dos espectadores infanto-juvenis. Em 1993, a Associação Norte-Americana de Psicologia divulgou o Relatório Juventude e Violência, enumerando fatores socioculturais relacionados a essa questão e destacou a importância da intervenção e da prevenção, por parte dos profissionais de educação e saúde. O documento apontou a violência na mídia como um dos fatores responsáveis pelo incremento da violência juvenil na sociedade, tanto no que se refere à perpetração de atos que afetam a integridade do outro, quanto à vitimização desse grupo etário. Esse relatório destacou que, ao longo do tempo, a exposição excessiva à violência na televisão pode: (a) contribuir com atitudes violentas contra mulheres (quando as representam em papéis de vítima) e contra minorias étnicas (quando as representam como grupos agressivos); (b) impulsionar os jovens para atitudes consumistas, fazendo uso da violência para obter produtos que a propaganda apresenta.

224

A publicação Guia Médico para Orientação sobre a Violência na Mídia (1996), da Associação Médica Americana, alerta os profissionais de saúde sobre os possíveis efeitos negativos para a saúde causados pelo excesso de consumo das mídias, como: obesidade; diminuição do diálogo familiar; consumismo exacerbado, dentre outros.

Em recente publicação, a Academia Americana de Pediatria recomendou uma série de medidas a serem tomadas por profissionais de saúde, pais, escola, comunidade, governo e meios de comunicação, de forma a intervir nos níveis de violência na televisão, videogames, filmes, mídia impressa e nos clipes musicais. Essa entidade aconselha a parceria dos pediatras com profissionais de outras áreas, como educação e comunicação, para a elaboração de uma agenda da saúde pública com relação à violência na mídia (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2001).

Apesar das evidências demonstradas pelas pesquisas dos Estados Unidos (mais de 3.500), Strasburger e Donnerstein (1999) apontam a ausência de programas nas escolas norte-americanas para refletir sobre os conteúdos violentos nos meios de comunicação e trabalhar a prevenção. Ao contrário, países como o Canadá, Austrália, Inglaterra, Escócia e África do Sul vêm implementando diversos projetos para crianças, alguns iniciados a partir do jardim da infância.

No Canadá, o National Clearinghouse on Family Violence, divulgou, em 1994, um documento sobre os efeitos da violência na mídia sobre as crianças, destacando o papel dos pais na mediação da relação televisão e público infantil. Algumas das recomendações desse documento são a criação de outras rotinas para as crianças, limitando o tempo frente à televisão e conversando sobre os valores positivos para um ambiente não agressivo.

No Japão, a questão da violência na mídia preocupa tanto a área da Saúde quanto a da educação, no que se relaciona principalmente a audiência infantil. A maioria dos estudos japoneses também estabelece uma relação causal entre o ato de ver violência na televisão e o comportamento agressivo, mas destaca a importância do ambiente familiar e das características da criança como fatores que influenciam nessa relação (KOIDARA, 2001).

Na Austrália, a Academia Australiana de Pediatria publicou um documento, em 1994, reconhecendo que a simples quantidade de horas assistindo a programas de televisão, sobretudo no caso de programação violenta, pode influenciar de forma nociva o desenvolvimento infantil.

Estudos europeus sobre a violência na mídia, em especial na televisão, concentram-se, em maioria, na década de 90. No Reino Unido, Alemanha, França, Dinamarca, Bélgica, Espanha, Finlândia, Suécia, Holanda e Irlanda, os pesquisadores destacam a importância de intervir continuamente no processo educativo e de saúde da criança e do adolescente e sua relação com a mídia, sem necessariamente buscar uma relação entre a violência na mídia o comportamento agressivo desse grupo.

Em 1998, uma investigação multicêntrica, realizada em 23 países, inclusive no Brasil, envolvendo 5.000 crianças de 12 anos de idade, procurou entender, por meio de aplicação de questionários, como esse grupo etário percebe a violência na televisão. O estudo mostrou que esse meio está presente em todas as regiões pesquisadas. E que as crianças passam mais tempo em frente à TV (uma média de três horas/dia) do que realizando qualquer outra atividade, inclusive seus deveres escolares. Esse estudo observou que a violência na tela exerce um fascínio sobre elas, levando-as a incorporarem muitas condutas dos heróis da ficção. Entretanto, os autores alertam que é preciso compreender outros fatores como a relação entre a mensagem e a personalidade da criança, seu ambiente real, sua experiência com agressão, sua relação familiar e o contexto cultural em que está inserida (GROEBEL, 1999).

Na América Latina e no Brasil, os estudos culturais têm contribuído para uma interpretação do fenômeno da comunicação e da recepção das mensagens no cotidiano desse grupo etário (MARTÍN-BARBERO, 2000; OROZCO, 1996; CANCLINI, 1999; ORTIZ, 1994). Mas, as investigações produzidas pelo campo da Saúde sobre a questão da violência na mídia são ainda escassas e descontínuas.

Não se pode ignorar, no entanto, a importância da televisão na socialização de crianças e adolescentes brasileiros. A televisão comercial tem sido a mídia mais utilizada por crianças e adolescentes do Brasil e existe uma significativa produção nacional de programas voltados

para esse grupo. Pesquisa recente do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) ouviu 5.280 adolescentes em todo o Brasil e revelou que 52% desse grupo têm na televisão a maior fonte de lazer. Cerca de 70% dos entrevistados consideraram a programação da TV muito boa (Unicef/Fator OM, 2002). Verifica-se, portanto, o potencial positivo da mídia em relação à promoção da saúde de crianças e adolescentes e, também, o compromisso de muitos profissionais da área de comunicação com a qualidade da programação. Entretanto, o conteúdo violento da programação continua preocupando profissionais da área de saúde mental e de educação (KASPRZAK, 1997; FISCHER, 2001).

Em termos de conhecimento, há uma profunda ausência de trabalhos que mostrem como o adolescente em situação de violência é representado na mídia. Alguns estudos precursores como o de Guerra (1995) mostram o tratamento distorcido dado pelos jornais de São Paulo à questão da violência física cometida no âmbito familiar. Outros estudos recentes também apontam um tratamento discriminatório da mídia contra jovens em situação de violência, sobretudo os das camadas populares que vivem nos grandes centros urbanos. Exemplo disso é o aumento da percepção social da juventude quando a mídia focaliza repetidamente determinados grupos e espaços sociais, influenciando nas políticas, como a de rebaixamento da idade penal, e na perpetuação de determinados estereótipos (NORONHA, 2000; MENIN, 2000; NJAINE; MINAYO, 2002).

226

Algumas pesquisas recentes verificaram que a imagem da juventude na mídia, de modo geral, é percebida pelos jovens e educadores como muito negativa e, geralmente, associada a drogas, sexo e violência (MINAYO *et al.*, 1999; NJAINE; MINAYO, 2003).

Observa-se também o uso da imagem da juventude para fins comerciais, prejudicando medidas de prevenção contra drogas como o álcool, que é responsável pela maioria dos acidentes de trânsito envolvendo os jovens (PINSKY, 1994). Da mesma forma a abordagem da mídia à questão do consumo das drogas ilícitas também não vem contribuindo para o tratamento dos usuários, mas discrimina-os e afasta-os dos serviços de saúde (GORGULHO, 2001).

Alguns trabalhos da área da Saúde indicam uma influência do ambiente multimídia (TV, internet, jogos, etc.) sobre crianças e adolescentes como: o papel que as cenas eróticas exercem sobre a sexualidade na adolescência (PINTO, 1995); os discursos sobre dietas influenciando a imagem corporal dos adolescentes (SERRA, 2001); e os conteúdos agressivos influenciando comportamentos de risco para a violência (FELJÓ; OLIVEIRA, 2001; DORIA FILHO, 2001).

Do ponto de vista da saúde pública e da epidemiologia, a programação violenta nos meios de comunicação é considerada como um fator de risco para a violência na adolescência (REATO, 2001; YUNES; 2001). Mas, é preciso ressaltar que a escassez de trabalhos empíricos nacionais e a incipiente discussão sobre essa questão na área da Saúde são fatores cruciais que dificultam a promoção de orientação e prevenção no País.

É indispensável reconhecer que a convivência com as várias mídias e com as novas tecnologias é, irreversivelmente, parte do cotidiano do público infanto-juvenil. E que as mídias,

além de serem veículos de comunicação, funcionam como uma das principais fontes de informação para vários temas de interesse dos adolescentes. Mas, os meios de comunicação são importantes mediadores de formas de violência reais e simbólicas. Crianças e adolescentes interagem com a mídia e novos sentidos sobre a realidade são produzidos a partir dessa interação, que têm impacto direto e indireto na socialização desse grupo.

O trabalho de Njaine (2004) aponta que muitas formas cronificadas de violência que ocorrem na vida real são sequer reconhecidas, não só na atuação da mídia, que muitas vezes reforça imagens estereotipadas e discriminatórias da infância e juventude brasileiras, mas também na área da educação, saúde e segurança pública. Concepções hegemônicas ou distorcidas sobre crianças e adolescentes têm gerado sentimentos negativos que refletem na formação da identidade social desse grupo. Essas formas de violência subliminares, existentes na interação mídia *versus* adolescência são igualmente prejudiciais ao desenvolvimento desse grupo etário, tanto quanto a profusão gratuita de cenas de conteúdo violento e sem o menor contexto explicativo.

No Brasil, os meios de comunicação vêm destacando com mais frequência a situação da infância e adolescência, sobretudo em função dos avanços dos direitos desse grupo firmados no Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Federal n.º 8.069/90. Porém, mais de uma década de ECA e da Convenção dos Direitos da Criança não tem sido suficiente para garantir o direito à informação de qualidade e à proteção de crianças e adolescentes contra materiais que degradem sua condição biopsicossocial.

Destaca-se, contudo, a atuação da Agência Nacional dos Direitos da Infância (Andi), organização não-governamental criada em 1992, com o objetivo de contribuir com os meios de comunicação para a inserção de temas relevantes para a promoção e defesa dos direitos da criança e do adolescente no País. Várias entidades de defesa dos direitos têm contribuído para garantir o bem-estar desse grupo.

Apesar da questão da violência ser reconhecida como problema de saúde pública, a violência na mídia ainda não faz parte das políticas oficiais e o setor é pouco atuante no debate sobre a questão no que se refere ao público infanto-juvenil. Conclui-se que falta uma consciência pública da necessidade desse tipo de conhecimento e atuação que, no entanto, são estratégicos para a ação pedagógica preventiva e de promoção.

Apesar da frequência com que determinados grupos sociais e minorias, como as crianças e jovens pobres, negros, moradores de favelas, mulheres e homossexuais, aparecem sub-representados nos meios de comunicação, contrariamente, a mídia também tem promovido uma ampla socialização de informações essenciais que têm contribuído para a prevenção da violência contra esses grupos. A denúncia e o espaço dedicado às vítimas de abusos físicos, morais, sexuais e psicológicos e da violência institucional têm proporcionado à sociedade brasileira uma oportunidade ímpar para refletir e reduzir esses atos que violam a dignidade humana.

A violência na mídia, portanto, não é uma questão isolada da violência social. Ela apresenta uma inter-relação importante com o ambiente familiar, escolar, comunitário, retroalimentando o ciclo vicioso de violências socialmente aceitas que repercutem no setor Saúde.

Njaine (2004) verificou que determinados conteúdos de violência na mídia, paradoxalmente, têm sido apropriados pelos adolescentes que buscam de algum modo prevenirem-se contra as situações de risco. Muitos adolescentes se guiam pelos telejornais, ainda que reconheçam que as notícias sejam exageradas e distorcidas. Essa forma de apropriação da informação sobre violência na mídia pelos jovens sugere, de um lado, que a reinterpretação do que é lido, ouvido e visto não é simples e depende, como já foi dito, de vários fatores; de outro, que a mídia tem sido uma fonte importante de informação, muitas vezes mais confiável do que as instituições mediadoras tradicionais como a família e a escola. Isso aumenta sua responsabilidade social. É preciso ressaltar também que é fundamental, para uma saudável inter-relação, a mediação das instituições tradicionais de socialização, como a família e a escola, em diálogo constante.

Do ponto de vista da atuação da saúde pública na prevenção da violência na mídia e por meio da mídia, são muitos os desafios e possibilidades:

- investir em pesquisas em âmbito nacional sobre a questão da violência na mídia e seu impacto na vida de crianças e adolescentes;
- estimular o debate sobre o tema entre os profissionais de saúde que lidam com crianças, adolescentes e pais;
- criar dinâmicas de discussão sobre a questão da violência com os jovens que frequentam os serviços de saúde, utilizando as mídias tradicionais e as novas;
- conversar com crianças e jovens e demonstrar que atitudes morais, emocionais e intelectuais, por meio do diálogo, são capazes de solucionar conflitos e estabelecer um convívio social pacífico;
- intercambiar informações sobre estratégias efetivas e contínuas de prevenção da violência junto a outras instituições que trabalham com o tema, tendo a mídia como aliada;
- apoiar as iniciativas das escolas para promoverem dinâmicas de discussão sobre violência veiculada pelos meios de comunicação, estimulando o discernimento crítico;
- desenvolver metodologias e modelos de intervenção para reduzir o conteúdo de violência na mídia;
- identificar e apoiar os potenciais positivos da mídia para a prevenção da violência junto aos profissionais de comunicação;
- apoiar a mídia na difusão das causas da violência e na criação de uma consciência pública sobre a questão;

- encorajar a mídia para atuar na qualificada representação das vítimas, tipos, perfis e áreas mais afetadas pela violência, tanto pelos eventos que levam à morte quanto àquelas que deixam marcas nos corpos e nas mentes de crianças e adolescentes;
- mostrar a urgência de um debate público sobre a real condição da juventude brasileira, inclusive a dos jovens em conflito com a lei;
- incentivar o tratamento igualitário na mídia a todos os grupos étnicos;
- apoiar a divulgação qualificada de informações sobre a questão das drogas (legais e ilegais) e seu impacto na morbimortalidade por causas externas, como os acidentes de trânsito e os homicídios envolvendo jovens;
- ajudar a mídia a informar a população sobre onde procurar orientações, grupos de auto-ajuda, emergências e apoio aos casos de violência;
- apoiar o planejamento de estratégias de comunicação sobre prevenção à violência, que atendam aos contextos específicos de cada público-alvo, tendo em vista a extensão territorial e as diferenças regionais do País.

Referências bibliográficas

- AMERICAN ACADEMY PEDIATRICS. Media Violence. *Pediatrics*, v. 108, n. 5, p. 1.222-1.226, 2001.
- _____. *Physician guide to media violence*. Chicago: American Medical Association, 1996.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. *Violence and youth: psychology's response*. Summary Report of the American Psychological Association Commission on Violence and Youth. Washington: American Psychological Association, 1993. v. 1.
- AUSTRALIAN COLLEGE OF PEDIATRICS. Policy statement: children's television. *Journal of Pediatrics & Child Health*, v. 30, p. 6-8, 1994.
- BANDURA, A. Influence of model's reinforcement contingencies on the acquisition of imitative responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 1, p. 589-595, 1995.
- BERKOWITZ, L. Some effects of thoughts on anti and prosocial influences of media events: a cognitive-neoassociation analysis. *Psychological Bulletin*, v. 95, p. 410-427, 1984.
- CANCLINI, N. G. *Consumidores e cidadãos: conflitos multiculturais da globalização*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1999.
- DORIA FILHO, U. *Promoção de segurança da criança e do adolescente frente à mídia (TV, Internet)*. Rio de Janeiro: Departamento Científico de Segurança da Criança e do Adolescente; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2001.
- FEIJÓ, R. B.; OLIVEIRA, E. A. Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*, v. 77, n. 2, p. 125-134, 2001.

FISCHER, R. M. B. *Televisão e educação: fruir e pensar a TV*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA; FATOR OM. *A Voz dos adolescentes*. Brasília: Unicef, 2002.

GORGULHO, M. *Estudo da influência da mídia na representação social do usuário de drogas ilícitas, para a construção de uma política oficial brasileira*. Dissertação (Mestrado)– Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

GROEBEL, J. O estudo global da Unesco sobre violência na mídia. In: CARLSSON, U.; C VON FEILITZEN, C. (Org.). *A criança e a violência na mídia*. São Paulo: Cortez; Brasília: Unesco, 1999. p. 217-239.

GUERRA, V. N. A. *Violência física doméstica contra crianças e adolescentes e a imprensa: do silêncio à comunicação*. Tese (Doutorado Serviço Social)– Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1995.

HUESMANN, L. R. Psychological processes promoting the relation between exposure to media violence and aggressive behavior by the viewer. *Journal of Social Issues*, v. 42, p. 125-139, 1986.

230

KASPRZAK, R. G. *Desenhos animados em tempo de violência: uma contribuição para pensar a construção de valores sócio-morais em crianças pré-escolares*. Dissertação (Mestrado)– Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.

KOIDARA, S. I. Uma análise da pesquisa sobre violência na mídia no Japão. In: MARTÍN-BARBERO, J. *Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia*. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 2001. p. 93-123.

MCALISTER, A. *La violence juvenil en las Américas: estudios innovadores de investigación, diagnóstico y prevención*. Washington: OPAS, 2000.

MENIN, M. S. Representações sociais de justiça em adolescentes infratores: discutindo novas possibilidades de pesquisa. *Psico. Reflex. Crit.*, v. 13, n. 1, p. 59-71, 2000.

MINAYO, M. C. S. et al. *Fala galera: juventude, violência e cidadania na cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

NATIONAL CLEARINGHOUSE ON FAMILY VIOLENCE. *The effects of media violence on children*. Family Violence Prevention Division. Health Promotion and Programs Branch, Health Canada, Ottawa; Ontario, 1994.

NJAINÉ, K. *Violência na mídia e seu impacto na vida dos adolescentes: reflexões e propostas de prevenção sob a ótica da saúde pública*. Tese (Doutorado)– Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

_____; MINAYO, M. C. S. Análise do discurso da imprensa sobre rebeliões de jovens infratores em regime de privação de liberdade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, p. 285-297, 2002.

- _____; MINAYO, M. C. S. Violência na escola: identificando pistas para prevenção. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, v. 7, p. 119-134, 2003.
- NORONHA, C. V. *Domínios do medo social: violência, crime e pobreza na grande Salvador*. Tese (Doutorado)– Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.
- OROZCO, G. G. *Televisión y audiencias: un enfoque cualitativo*. Madrid: Ediciones de la Torre; Universidad Iberoamericana, 1996.
- ORTIZ, R. *Mundialização e cultura*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1994.
- PINSKY, I. *Análise da propaganda de bebidas alcoólicas na televisão brasileira*. Dissertação (Mestrado)– Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.
- PINTO, L. F. M. Televisão e educação sexual. *Jornal de Pediatria*, v. 71, n. 5, p. 248-254, 1995.
- REATO, L. F. N. Meios de comunicação. In: SAITO, M. I.; SILVA, L. E. V. (Org.). *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 207-219.
- SERRA, G. M. A. A. *Saúde e nutrição na adolescência: o discurso sobre dietas na mídia*. Dissertação (Mestrado)– Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- STRASBURGER, V. C.; DONNERSTEIN, E. Children, adolescents, and the media: issues and solutions. *Pediatrics*, v. 103, n. 1, p. 129-139, 1999.
- SURGEON GENERAL'S SCIENTIFIC ADVISORY COMMITTEE ON TELEVISION AND SOCIAL BEHAVIOR. *Television and growing up: the impact of televised violence*. Report to the Surgeon General, United States Public Health Service, Government Printing Office, Washington, 1972.
- YUNES, J. A. Epidemiologia da violência. In: OLIVEIRA, M. C. (Org.). *Demografia da exclusão social*. Campinas: Ed. Unicamp, 2001. p. 145-165.



CAPÍTULO XXI

Papel da Mídia no Enfrentamento da Violência Contra Crianças e Adolescentes

Edson Silva¹

Se, conforme a teoria de fundamentação do jornalismo, a notícia é a inscrição do fato na história, a notificação nas áreas da saúde e da educação cumpre o papel de um noticiário restrito, confidencial e principalmente fundador de um processo que pode coibir práticas de violência contra crianças e adolescentes. Os profissionais dessas áreas desempenham o papel de repórteres da rede de proteção, fazendo emergir informações que ficariam apenas nos limites do diagnóstico.

Este texto organiza reflexões em torno do papel da mídia no processo de construção de estratégias para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes. A mídia aqui compreende o recorte delimitado no trabalho jornalístico. Tais reflexões surgem de momentos interativos como palestras, aulas, leituras, entrevistas. O texto sustenta-se por um eixo de raciocínio que vai desde a conceituação de mídia até as manifestações de atores da rede de proteção, que operam no campo das políticas públicas. O tema papel da mídia representação sugere o exame de subeixos como: 1) a mídia enquanto instituição que trabalha com signos e sinais; 2) a da realidade por meio das narrativas jornalísticas cotidianas; 3) a importância da informação na construção da cidadania.

Além da abordagem com contribuições teóricas de alguns autores nas áreas do jornalismo, da comunicação, da análise do discurso e da semiótica, preocupa-se aqui em examinar manifestações midiáticas, analisando, brevemente, fragmentos de dois textos jornalísticos publicados nos jornais Folha Feirense, de Feira de Santana – BA e no Correio Braziliense, do Distrito Federal. A título de ilustração, demonstra-se como o texto jornalístico pode pensar a favor ou contra uma determinada questão colocada em debate no âmbito da sociedade. E, para finalizar, produz-se uma rápida reflexão quanto aos papéis de profissionais de saúde, de educação e de comunicação no enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes.

¹ Jornalista, professor de jornalismo no Departamento de Jornalismo da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, mestre em Teoria da Comunicação pela Universidade Metodista de São Bernardo do Campo – SP. Atualmente coordena o projeto A Comunicação como Estratégia para o Fortalecimento do Sistema de Garantia de Direitos para o Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes, ação no âmbito do Programa de Ações Estratégicas e Referenciais para o Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro (Governo Brasileiro/Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República – Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional – Usaid/Partners).

Equilíbrio

Do inglês *media*, o termo mídia significa meio. Meio com dois sentidos, para efeitos de aplicação neste texto: como canal para transmissão e como centro, ponto central. Esses conceitos permitem a seguinte reflexão: as mídias são canal ou canais que organizam, sistematizam informações para a compreensão ou transformação de determinados fenômenos. Enfim, são condutores de idéias. Considerando raciocínio mais abstrato, mídia como centro, ponto central, cumpre a função de promotora de equilíbrio. Em resumo: o conceito se refere a canal que objetiva o equilíbrio entre as partes da sociedade, por meio da promoção da informação equilibrada e, por decorrência, democrática. Daí que o papel da mídia, particularmente o do jornalismo, se configura como a atividade de caráter social que coloca a sociedade em linha de diálogo, que promove a mediação de conflitos, apurando, checando, selecionando (fontes e informações) e editando. Assim, o papel da mídia é o de promover a grande assembléia, a polêmica, o debate, o enfrentamento do problema e o diálogo entre todos os segmentos da sociedade.

Mídia e histórias cotidianas

Ao propor reflexões sobre o tema papel da mídia, remete-se à instância da representação. Assim, papel é igual a personagem de uma determinada história. Esta (a personagem), por sua vez, pressupõe a existência de um sujeito que age, influenciando situações. A mídia jornalística é esse sujeito, porque, ao dar visibilidade aos fatos cotidianos, não apenas conta e registra fatos, mas também se coloca como personagem que se projeta nesses fatos.

Ter, portanto, determinado veículo de comunicação contra ou a favor de uma causa pode contar muito. A televisão pela força da imagem, o jornal impresso enquanto documento acessível e duradouro, o rádio e a internet pela instantaneidade. Esses veículos, além de suas características técnicas, quando investidos principalmente de identidade jornalística, carregam, dependendo do histórico de cada um, forte significação no mundo social. Eles são personagens do mundo social, influenciam a vida porque marcam o tempo, registram a história, guardam a memória de uma época, apresentam a pauta cotidiana dos debates na sociedade.

A projeção ou a influência dos veículos de comunicação sobre os fatos provoca efeitos como o de visibilidade, de verdade, de credibilidade, dentre outros. Assim como o discurso jornalístico constrói-se ancorado em personagens com referentes no mundo real, citados estrategicamente ao longo do percurso de construção do texto, o consumidor da informação ancora a elaboração do seu discurso naquilo que o jornal (impresso, eletrônico) afirmou. Daí a visão do senso comum segundo a qual: algo existe porque a televisão mostrou, o jornal escreveu. O noticiário tem o poder de fazer existir o que é comunicado. O contrário também é possível no mundo da mídia, ou seja, se não foi noticiado, não tem registro, portanto não existe.

Os efeitos de visibilidade, verdade e credibilidade funcionam articulados entre si. Aquilo que não é conhecido e aparece delimitado nas páginas dos jornais ou na tela da televisão

impacta. Isto porque o texto jornalístico sustenta-se por recursos lingüísticos que fundamentam o discurso pronunciado. O jornal impresso traduz-se como documento comprobatório do fato relatado. Está escrito e assinado, muitas vezes pelo jornalista e pela empresa jornalística. Está explícito que o jornal fala a partir de fontes documentais e pessoais selecionadas. Opera com fontes que, no processo de elaboração do texto, se transformam em personagens, portanto em referentes reconhecidos no mundo real. A televisão, especialmente, opera com a força da imagem em movimento. Sua força é potencializada quando o fato é transmitido ao vivo, em tempo real.

O discurso jornalístico convence porque funciona como testemunho de eventos, na prática, inacessíveis. Isto é, não é possível ver o mundo todo, mas é possível conhecer o mundo que a mídia delimita, edita. O noticiário, quando resguardados os procedimentos técnicos e éticos exigidos para a prática profissional, é resultante de um exaustivo processo de apuração, checagem e tratamento da informação, a partir do qual não apenas é selecionado quem diz e o quê diz, mas também apresentados argumentos como datas, endereços, nome, idade, profissão, cargo e função de quem diz, ou seja, todas as credenciais das fontes-personagens, eleitas a critério de quem processa a informação. Todos esses elementos remetem a um ambiente favorável para tornar a informação jornalística digna de credibilidade.

Jornalismo e representação

A relevância do papel da mídia manifesta-se no momento em que se estabelece a relação entre o fato e a representação do fato. A representação do fato (aquilo que está publicado no jornal impresso na televisão, no rádio) não é o fato em si. É a versão que se passa desse evento. A mídia jornalística opera exatamente nessa fronteira: entre o fato e a representação, utilizando as linguagens que legitimam os discursos. Esses discursos são construídos por profissionais (operadores da informação) que projetam no seu trabalho a cultura, os preconceitos a visão de mundo que têm.

A representação do fato ocorre a partir da construção de um texto organizado estruturalmente por respostas resultantes de perguntas que vão recompor o fato: O quê? Quem? Onde? Quando? Como? e Por quê? Os quatro primeiros elementos levam à construção da notícia, enquanto a articulação de todo o conjunto é necessária para a elaboração da reportagem, enquanto gênero jornalístico mais completo.

Os seis elementos compreendem também a seguinte leitura:

- **o quê** – refere-se ao fato, assunto, objeto de valor em torno do qual a narrativa será construída. É uma espécie de objeto desejado pelas personagens que compõem o texto;
- **quem** – introduz personagem(ns). São sujeitos que desenvolverão ações na relação com o objeto (o quê). Eles operam estratégias e revelam interesses. São construídos no texto a partir de referentes do mundo real. Essas personagens são selecionadas pelo repórter, que as deixam se manifestar a partir de critérios subjetivos. São vozes que aparecem mais ou menos, conforme o interesse do profissional que opera a construção do texto.

É neste momento que se projetam valores culturais, preconceitos, visões de mundo;

- **onde** – é lugar ou lugares, cenários nos quais transcorrem o fato e as ações de personagens;
- **quando** – é tempo, momento, época em que aconteceu o fato;
- **como** – são estratégias utilizadas pelos personagens na relação com o fato. São ações desenvolvidas para garantir a consecução do objeto de valor em situações cordiais ou polêmicas. São passos, metodologias;
- **por quê** – está no campo dos interesses das personagens. São os motivos que levam as personagens a agir.

A construção da representação do fato, ou seja, “como o mundo é mostrado ao mundo”, sofre fortes influências de quem opera com os elementos de composição da informação. É por isso que veículos de comunicação (talvez o que o senso comum chama de mídia), bem como os profissionais de imprensa (particularmente jornalistas e radialistas), estão sob os olhares atentos dos organismos, instituições e entidades que promovem a defesa dos direitos de crianças e adolescentes. No embate exploração-proteção, a mídia tem sido, em muitas situações, um estorvo para quem quer promover a cidadania, embora haja exceções. Muitos profissionais desconhecem a Constituição Federal e principalmente o Estatuto da Criança e do Adolescente. Nos veículos de grande circulação nacional, ainda é utilizada linguagem inadequada, denominando-se criança e adolescente de menor, reforçando preconceitos e quebrando o compromisso com a ética. A mídia enquanto instituição que trabalha com signos e sinais e o seu trabalho a favor ou contra um ou outro assunto é determinante na formação da opinião pública.

236

A seguir, se colocam e se examinam dois exemplos que tratam da questão da criança e do adolescente e podem fazer perceber como o texto jornalístico, em particular, é um instrumento que permite a manipulação do fato no momento da construção de sua representação. Um deles tem o seguinte título: “Meninos vivem à própria sorte nas ruas²”, da Tribuna Feirense. O outro se intitula “Uma questão maior³”, veiculado pelo Correio Braziliense. Não se trata de uma análise comparativa, mas de uma tentativa de demonstração de como o trabalho da mídia pode estar adequado ou não ao que prevê a legislação de proteção integral da criança e do adolescente.

Da matéria de página inteira da Tribuna Feirense foram retirados dois trechos: o *lead* (primeiro parágrafo) e mais um fragmento; no Correio Braziliense, o foco analítico foi direcionado aos recursos editoriais como olho e título.

² Fabrício de Almeida, Meninos vivem à própria sorte nas ruas, Tribuna Feirense, Feira de Santana – BA, 15 de novembro de 2003, página 4.

³ Correio Braziliense. Uma questão maior, 15 de novembro de 2003, página 16.

Meninos vivem à própria sorte nas ruas

“Um dos grandes problemas sociais enfrentados no Brasil e que não é diferente em Feira de Santana é a existência dos conhecidos “meninos de rua” e das condições em que vivem. São meninos e meninas desamparados de proteção da família, do direito à saúde, à educação e de uma infância saudável. Em muitos casos, eles vivem nas ruas porque não têm família ou porque precisam arranjar dinheiro para ajudar no sustento da família.”

“Perguntado sobre o seu futuro, o garoto de apenas 11 anos de idade, revela que sonha em ser jogador de futebol, ganhar muito dinheiro e ajudar a família”.

A Tribuna Feirense apresenta, desde o *lead*, uma matéria com sinais de contextualização. Estabelece uma relação entre o global e o regional. Aponta um problema de dimensões nacionais que apresenta os mesmos traços no município do interior baiano: “[...] não é diferente em Feira de Santana [...]”.

O assunto crianças na rua não é veiculado de forma pontual, como uma situação solta no tempo e no espaço. O autor do texto chama o leitor à responsabilidade, informa que ele (leitor) é conhecedor da situação. É um ataque à hipocrisia: “[...] é a existência dos conhecidos ‘meninos de rua’ e das condições em que vivem”.

No texto surgem as palavras entre aspas⁴, um recurso que o jornalista utiliza para manter distanciamento do que é dito. O termo “meninos de rua” pertenceria a um outro espaço enunciativo, com o qual o autor do texto não quer se identificar. Ao mesmo tempo, a expressão “meninos de rua” carrega carga irônica contundente. É como se o redator perguntasse: existem meninos gerados pelas ruas?

O fragmento da reportagem da Tribuna Feirense indica que o autor do texto é conhecedor do Estatuto da Criança e do Adolescente. Se não o é, literalmente, pelo menos demonstra sensibilidade no tratamento do assunto. Ao dizer que “[...] São meninos e meninas desamparados de proteção da família, do direito à saúde, à educação e de uma infância saudável”.

A matéria encontra fundamentação no artigo 4.º do ECA:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária⁵

O autor da reportagem mostra-se cuidadoso no tratamento do tema, opta por um relato humanizado, despido de preconceitos. Evita vícios ou termos que discriminam, muitas vezes empregados, deliberadamente, para rotular como é o caso de menor. Assim, é possível ler nas linhas e entrelinhas da matéria que: (1) crianças e adolescentes “de rua” podem ser chamados de meninos, meninas, garoto; (2) na representação da vida real, crianças sonham;

⁴ Para D. Maingueneau (Novas Tendências em Análise do Discurso. Trad. Freda Indursky. Campinas: Pontes, p. 90) colocar entre aspas não significa dizer explicitamente que certos termos são mantidos à distância, é mantê-los à distância. O recurso utilizado desta maneira remete a um efeito de sentido, pois as palavras integradas ganham relevo e sua coloração torna-se mais evidente, acomodando-se, contudo, às tonalidades do próprio autor como o uso da ironia, da indignação, da perplexidade, dentre outros.

⁵ Estatuto da Criança e do Adolescente, artigo 4.o (Lei n.º8.069, de 13 de julho de 1990).

(3) o autor compreende (esta compreensão é revelada pelo advérbio “apenas”) que aos 11 anos uma pessoa é muito precoce para ganhar muito dinheiro e ajudar a família e que o garoto devia mesmo era estar jogando futebol de botões e sonhando em, apenas, ser um craque; (4) que é possível construir textos jornalísticos sem tropeçar nos lugares comuns, indagando à criança, por exemplo, o que você quer ser quando crescer?

Eis alguns fragmentos do segundo texto:

Uma Questão Maior

“Crime bárbaro cometido por rapaz de 16 anos inflama debate sobre redução da maioridade penal para permitir a punição exemplar de menores infratores. Mas, de juizes a religiosos, ninguém se entende sobre o assunto”.

O Correio Braziliense apresenta uma reportagem que coloca em discussão a redução da maioridade penal. Os fragmentos selecionados para esta breve análise para exemplificar as possibilidades de influência da mídia estão restritos a parcela dos procedimentos editoriais como o título e o olho⁶. Observa-se já no título “Uma questão maior” a alusão indireta ao termo menor. O autor do texto dimensiona o problema e trabalha com recursos superlativos como: crime bárbaro, inflama debate, punição exemplar. Todas essas expressões correspondem ao peso do título da reportagem “Uma questão maior”. A matéria trata de um crime cometido por um rapaz, embora a discussão seja em torno da “[...] redução da maioridade penal para permitir a punição exemplar de menores infratores”.

238

Observa-se que o texto adota uma posição condenatória em relação ao acusado pelo crime. O jornal repete uma prática corriqueira na mídia que é a de adiantar-se à justiça, apontando culpados. Ao que se sabe até a data de publicação da reportagem não havia resultado sobre o julgamento do caso. O jornal refere-se a rapaz, no lugar de adolescente. Rapaz é uma figura à qual o ECA não faz qualquer alusão. Dessa forma, a matéria contorna o Estatuto, com suas expressões de adolescente para rapaz de 16 anos. Segundo o dicionário Aurélio, rapaz é, conceitualmente, considerado um adulto.

Notar e notificar, anotar e noticiar

A matéria-prima que faz a mídia operar é a informação, que, ao mesmo tempo, coloca-se como um elemento determinante para a construção da cidadania. Ela faz parte do eixo informação-participação-cidadania. Ou seja, a participação depende da informação como a cidadania depende da participação. A informação é preventiva, porque permite que o cidadão possa agir na defesa de seus interesses ou dos interesses da coletividade da qual participa. Para existir, no entanto, a informação precisa de um registro, seja ele visual, gestual, escrito ou oral.

Entre as estratégias para garantir a defesa de direitos de crianças e adolescentes, o ECA no seu artigo 13 diz: “Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou

⁶ Texto que reforça a idéia apresentada no título.

adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”.

Assim, a lei trata de uma exigência feita a profissionais de determinadas áreas, principalmente saúde e educação: a notificação de ocorrências de maus-tratos deve ser reportada ao conselho tutelar que, por sua vez, cuidará da defesa e garantia de direitos de crianças e adolescentes. Dessa forma, a notificação somada à comunicação que deve ser feita ao principal órgão do Sistema de Garantia de Direitos traduz-se no que o jornalismo chama de notícia. Ou seja, os casos diagnosticados por médicos, enfermeiros dentre outros profissionais da área da Saúde, bem como por professores, diretores de escolas, devem ser noticiados.

O reconhecimento da existência de atos de violência contra crianças e adolescentes depende da notificação. Em muitos casos, eles passam a existir no momento em que são não apenas notados, mas também notificados, comunicados e noticiados. A sociedade como um todo pode estar atenta. Um familiar, um vizinho. Mas, a vigilância dos profissionais da saúde, especialmente do médico, qualifica, legitima, abaliza a informação, além de evidenciar o zelo técnico no ato de elaboração do diagnóstico. O serviço fica completo porque aponta a causa, a consequência e remete os casos para a área da defesa e garantia de direitos. A notificação está no campo do atendimento curativo. Contudo, a sua prática regular transforma-a em ação preventiva, uma vez que aciona outros órgãos a partir do registro no conselho tutelar. Notificação e notícia são práticas preventivas, porque registram e criam memória.

A observação direta, enquanto procedimento técnico jornalístico, é a mais recomendável no processo de apuração da informação, porque ela se fundamenta na presença do repórter no local fato. Médicos e principalmente professores, nas suas respectivas áreas, são observadores potenciais que ocupam posições estratégicas na rede de proteção. Os primeiros pelos motivos já citados. Os educadores porque podem contar com um longo tempo para observação e acompanhamento da criança e do adolescente. São eles que, inclusive considerando a convivência familiar, mais tempo convivem, podendo influenciar comportamentos, ou seja, podendo desempenhar papel preventivo.

Assim, notificação e notícia podem articular uma parceria favorável ao enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes, considerando a ação principalmente dos profissionais da saúde e da educação, quanto à geração da informação qualificada. Ao mesmo tempo, faz-se necessário um tratamento mais adequado da mídia quanto à cobertura do assunto, evitando-se os discursos pontuais, sensacionalistas e utilitários.

Ao discutir o papel da mídia no enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes, transita-se pelas reflexões quanto ao peso institucional dos veículos de comunicação; a compreensão de que o noticiado resulta na representação do fato e não no fato em si e a importância da informação na construção da cidadania. Destaca-se a analogia entre o papel do profissional de mídia e os profissionais das áreas da saúde e educação, no que diz respeito à condição de articuladores de cidadania, para concluir que, nos processos mediadores, os papéis a serem desempenhados precisam estar pautados por alguns princípios assim resumidos: ética na mediação, a utilização das linguagens no processo de representação como

forma de garantir direitos, tratamento humano nas relações; perceber-se enquanto instituição ou parte de instituição que trabalha favoravelmente à causa da criança e do adolescente; e colaborar para construir uma visibilidade positiva de forma a garantir direitos.

Referências bibliográficas

- ABRAMO, C. *A regra do jogo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.
- BAHIA, J. *Jornal, história e técnica: história da imprensa brasileira*. São Paulo: Ática, 1990.
- BAKHTIN, M. *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: Hucitec, 1991.
- BARROS, D. L. P. *Teoria semiótica do texto*. São Paulo: Ática, 1990.
- FIORIN, J. L. *Elementos de análise do discurso*. São Paulo: Contexto; Edusp, 1989.
- LANDOWSKI, Erin. *A sociedade refletida: ensaios de sociosemiótica*. São Paulo: Educ; Pontes, 1992.
- _____, E. Para uma abordagem sociosemiótica da literatura. In: *Revista Brasileira de Semiótica*, São Paulo: Anablume; Centro de Estudos Semióticos, n. 11/12, p. 22-43, 1996.
- MAINGUENEAU, D. *Novas tendências em análise do discurso*. Tradução de Freda Indursky. Campinas: Pontes, 1983.
- MEDINA, C. *Entrevista, o diálogo possível*. São Paulo: Ática, 1990.
- RIBEIRO, A. *Caso escola base: os abusos da imprensa*. São Paulo: Ática, 1995.
- SODRÉ, M.; FERRARI, M. H. *Técnica de reportagem: notas sobre a narrativa jornalística*. São Paulo: Summus Editorial, 1986.



CAPÍTULO XXII

Suicídio, Problema Oculto na Saúde Pública: Papel da Mídia no Esclarecimento (Desvelamento)

André Trigueiro¹

De todos os casos de saúde pública no Brasil, o suicídio é certamente aquele que menos espaço ocupa na mídia. Fala-se muito pouco sobre o assunto, e quase sempre com reservas. Na maioria dos veículos de comunicação de massa, prevalece o entendimento de que as notícias sobre suicídio podem precipitar a ocorrência de novos casos, por imitação ou mimetismo, processo pelo qual a notícia serve de inspiração para a repetição do ato.

Essa preocupação tem origem na publicação de inúmeros trabalhos, invariavelmente sérios, mas nem sempre reconhecidos como científicos, que estabelecem uma relação de causa-efeito entre a publicidade que se dá a casos de suicídio e o incremento das estatísticas de auto-extermínio.

Romances, poesias, peças de teatro, filmes, músicas e notícias publicadas na imprensa relatando casos de suicídio teriam estimulado, em diversos países e em momentos distintos da História, a repetição do gesto fatal, com um detalhe importante: o suicida recorreria ao mesmo método descrito na obra de ficção ou no noticiário. Esta seria, portanto, a razão pela qual a mídia costuma dispensar cuidados redobrados à cobertura dos casos de suicídio.

É comum encontrar nos manuais de redação que definem a linha editorial do veículo, regras para o uso correto da língua portuguesa e orientações gerais sobre a cobertura de determinados assuntos, recomendações de cautela quando o assunto é suicídio. Nas empresas de comunicação em que esse cuidado existe, casos de auto-extermínio só têm publicidade quando isto for absolutamente inevitável. Por exemplo, se um suicida se atira de um prédio, isso provavelmente não é entendido como notícia; mas se o faz numa área de grande movimentação, causando um congestionamento que prejudica a vida de milhares de pessoas, o assunto pode ser entendido como notícia. Ainda assim, é possível que a informação sobre a causa do engarrafamento se restrinja ao corpo que caiu do prédio, sem que se diga exatamente de que jeito isso ocorreu. A decisão envolve critérios às vezes subjetivos, mas a preocupação de não veicular casos de suicídio é real.

Um bom exemplo de como esse cuidado em relação ao suicídio está presente no dia-a-dia dos profissionais de imprensa foi o comportamento da mídia americana por ocasião dos atentados

¹ . Jornalista com pós-graduação em Gestão Ambiental pela Coordenação dos Programas de Pós-Graduação de Engenharia (Coppe) da UFRJ, professor de Jornalismo Ambiental da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC - RJ), coordenador editorial e um dos autores do livro "Meio Ambiente no século XXI" (Editora Sextante, 2003); desde 1996 vem atuando como repórter e apresentador do Jornal das Dez da Globonews, canal de TV a cabo, onde também produziu, roteirizou e apresentou programas especiais ligados à temática socioambiental. Pela série "Água: o desafio do século 21" (2003), recebeu o Prêmio Imprensa Embratel de Televisão e o Prêmio Ethos - Responsabilidade Social, na categoria Televisão. É voluntário da Rádio Viva Rio (AM 1180 kwz), onde apresenta o quadro "Conexão Verde"; e comentarista da Rádio CBN (860 kwz), onde apresenta aos sábados e domingos o quadro "Mundo Sustentável". É consultor e articulista do site www.ecopop.com.br.

de 11 de setembro de 2001, em Nova Iorque, ao não divulgar as terríveis imagens de dezenas de pessoas pulando dos andares mais altos do World Trade Center em chamas, no entendimento de que essas imagens eram demasiadamente chocantes e apelativas. Percebeu-se, no calor de uma exaustiva transmissão ao vivo, que não seria conveniente mostrar tudo aquilo que estava ao alcance das lentes de fotógrafos e cinegrafistas. A cobertura da tragédia não se omitiu em relação ao episódio dos suicídios, mas o registro desse fato mereceu cuidados especiais.

A Ponte S/A, concessionária que administra a ponte Rio-Niterói, possui um circuito fechado de televisão que monitora *on line* a movimentação dos 130 mil motoristas que trafegam por ali todos os dias. O material é gravado e disponibilizado para a mídia. As televisões costumam transformar em notícia alguns dos flagrantes registrados pelas câmeras da empresa, que justificam saborosas reportagens sobre comportamento (namoros inusitados, xixi no acostamento e outras bizarrices), flagrantes de desrespeito às leis do trânsito, e outros. Há apenas uma exceção: as imagens de suicídios ou tentativas de suicídio, num dos pontos mais procurados do Rio de Janeiro para esse fim. Essas não são disponibilizadas, e a imprensa local não costuma noticiar os casos de suicídio naquela ponte.

Há setores da sociedade que se mobilizam prontamente contra a exibição de casos de suicídio pela mídia. Quanto mais apelativa for a maneira de mostrar, mais enérgica costuma ser a reação. Um caso recente envolveu uma emissora de televisão, que transmitiu ao vivo para todo o País, em abril de 2001, no horário da tarde, o suicídio de um agente da polícia – ele deu um tiro na cabeça em frente à sede do Governo do Estado de São Paulo. As imagens foram depois reprisadas em outros telejornais da emissora. A empresa de comunicação foi obrigada pelo Ministério Público a assinar um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) em que assumia o compromisso de veicular durante dois meses mensagens positivas, de cunho social e que valorizassem os direitos humanos. Tal decisão confirma o zelo com que a sociedade costuma acompanhar coberturas do gênero.

242

Mídia e saúde pública: uma parceria estratégica

Para os gestores que atuam na área de saúde pública, a parceria com a mídia é estratégica. É indispensável a participação dos veículos de comunicação de massa na disseminação de informações úteis para a prevenção, o tratamento ou a cura de doenças que afligem o País. Para que o maior número possível de brasileiros entenda os benefícios do aleitamento materno, dos exames preventivos, da vacinação infantil, ou se mobilize fazendo a sua parte nas campanhas contra dengue, aids, hanseníase, câncer de mama, hipertensão, tabagismo, doenças cardiovasculares e tantas outras, é preciso o apoio da mídia. O público-alvo se distribui por um país de dimensões continentais, e alcança 170 milhões de brasileiros. Não se faz isso sem recorrer às televisões, jornais, rádios, revistas, internet e outras mídias.

A questão fundamental que se propõe neste artigo é: em sendo um problema de saúde pública – fato desconhecido da maioria dos brasileiros –, como o assunto suicídio deveria ser tratado pela mídia? Não falar, ou evitar qualquer referência ao assunto, insere o suicídio no submundo dos tabus, em que há um “*escrúpulo aparentemente injustificado, sem fundamento*”

ou imotivado” (HOUAISS, 2001, p. 1919). Presta-se, dessa maneira, um desserviço ao País, na medida em que o princípio da precaução não deveria justificar a omissão deliberada de dados e estatísticas oficiais sobre suicídio nos veículos de comunicação de massa; a supressão de pautas relativas ao problema; o veto premeditado a reportagens especiais que aprofundassem a compreensão do fenômeno do suicídio no Brasil; a indiferença dos veículos de comunicação ao trabalho realizado por pessoas e instituições que militam em favor do apoio emocional e da prevenção ao suicídio.

Essa postura excessivamente cautelosa da mídia desmobiliza um aparato que a sociedade só teria condições de acionar se devidamente informada e conscientizada a respeito do problema do suicídio no País. O silêncio em torno do assunto alimenta a passividade, quando o momento deveria ser de ação. E toda ação na área de saúde pública, como já se falou, alcança os melhores resultados com o apoio da mídia.

Em 1992, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou o monitoramento dos suicídios e das tentativas de suicídio entre jovens, e a necessidade de se instituir políticas públicas de proteção e medidas de prevenção para distintos grupos da população. Parecia prever um cenário de muitas dificuldades se não houvesse uma ampla mobilização da sociedade. Oito anos depois, um estudo da mesma OMS confirmava os temores dos especialistas: em 2000, a cada 40 segundos uma pessoa se matou no mundo. Nesse ano, o suicídio foi responsável por 815 mil mortes no planeta, metade de todos os óbitos registrados por motivos ligados à violência. O estudo confirmava ainda a incidência preocupante de suicídios entre jovens: o número de pessoas entre 15 e 24 anos que se mataram foi três vezes maior que o de pessoas com mais de 75 anos que fizeram a mesma escolha (OMS, 2000a).

Era preciso fazer alguma coisa, e não apenas no âmbito da OMS. Alcançar a sociedade, sensibilizar a opinião pública e envolver os formadores de opinião. Foi nesse contexto que surgiu o documento *Prevenir o Suicídio: Um Guia para os Profissionais de Mídia*, produzido em 2000, por especialistas ligados à Organização Mundial da Saúde, como parte do SUPRE – a iniciativa da OMS para a prevenção do suicídio. A orientação mais importante dirigida aos jornalistas é resumida na seguinte frase: *“Noticiar acerca do suicídio de uma forma apropriada, cuidadosa e potencialmente útil pelos mídia esclarecidos, poderá prevenir trágicas perdas de vida por suicídio”* (OMS, 2000b, p. 6).

Em outras palavras, o documento afirma que existe uma outra maneira de abordar o problema do suicídio na mídia, e que isso pode salvar vidas. Este é o ponto fundamental sobre o qual todos os profissionais de comunicação e estudiosos do assunto deveriam refletir, perceber-se dentro do processo e verificar que ajustes deveriam ser feitos. Quantas vidas poderiam ser salvas no Brasil se o tratamento dispensado pelos veículos de comunicação de massa ao problema do suicídio fosse menos preconceituoso e dogmático?

Uma das recomendações expressa no guia da OMS sugere a *“apresentação de uma listagem dos serviços de saúde mental disponíveis e linhas telefônicas de ajuda”*. Nesse quesito, é interessante observar as dificuldades enfrentadas pela mais antiga organização não-governamental de apoio emocional e prevenção do suicídio no Brasil.

Fundado em 1962, o Centro de Valorização da Vida (CVV) não possui ligações políticas ou religiosas, sobrevive com a ajuda dos próprios voluntários e depende do apoio da mídia para que os telefones de atendimento sejam divulgados para o grande público. Em mais de 40 anos de atividades no Brasil, com mais de 60 postos espalhados pelo País, reunindo aproximadamente 3.000 voluntários, o CVV registra em média um milhão de ligações por ano. Ainda assim, a instituição enfrenta dificuldades para divulgar os telefones de atendimento ou os cursos de formação de voluntários na mídia, basicamente por dois motivos: o tabu de se falar em suicídio, ainda que seja na área da prevenção, e o desconhecimento dos profissionais de imprensa sobre a gravidade do problema no Brasil.

É impressionante, no entanto, como, mesmo sem apoios consistentes da iniciativa privada ou de governos e enfrentando as dificuldades já mencionadas no relacionamento com a mídia, o CVV seja procurado por tanta gente. Esta e outras instituições ligadas à prevenção do suicídio poderiam estar desenvolvendo trabalhos mais abrangentes em benefício de um número ainda maior de pessoas, se os profissionais de comunicação percebessem como é importante e cada vez mais urgente dar visibilidade a essas ações.

O guia da OMS também adverte os profissionais que atuam na mídia para a defasagem das estatísticas oficiais em relação aos verdadeiros indicadores de suicídio no mundo. Estima-se que a diferença entre o número real de óbitos por suicídio e aquele que aparece nos levantamentos estatísticos chegue a 25% nos idosos e 12% nas demais faixas etárias. O problema do suicídio é, portanto, mais grave do que se imagina. No Brasil, a imprecisão dos dados oficiais foi denunciada no relatório da Unesco intitulado: Mapa da Violência III: Os Jovens do Brasil, pelo pesquisador Jacobo Waiselfisz (2002), quando ele afirma que:

A primeira grande limitação, assumida pelo próprio SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade), é o sub-registro devido, por um lado, à ocorrência de inúmeros sepultamentos sem o competente registro, determinando uma redução do número de óbitos declarados. Por outro lado, também a incompleta cobertura do sistema, fundamentalmente nas regiões norte e nordeste, faz com que a fidedignidade das informações diminua com a distância dos centros urbanos e com o tamanho e a disponibilidade dos municípios. [...] Não só a quantidade, mas também a qualidade dos dados tem sofrido reparos: mortes sem assistência médica que impedem o apontamento correto das causas e ou lesões; deficiências no preenchimento adequado da certidão, etc. Mas, apesar dessas limitações, existe ampla coincidência em indicar, por um lado, a enorme importância desse sistema e, por outro, a necessidade de seu aprimoramento (p. 23).

Sabe-se que há outros fatores que agravam a imprecisão dos dados estatísticos. Considerando que a família não costuma registrar a morte por suicídio, por vergonha, motivos religiosos (praticamente todas as tradições religiosas estigmatizam o suicida) ou para receber o seguro, negado a quem morre por opção, o número de casos tende a ser ainda maior. Outro problema é o preenchimento dos atestados de óbito, quando os profissionais de saúde deixam de informar com clareza se o caso é de suicídio. Sem o preenchimento correto dos atestados, agrava-se o problema de imprecisão dos dados e a defasagem dos números.

No cumprimento de suas funções, o jornalista deve zelar pela correção das informações que veicula por meio da notícia. Ao explicar porque o suicídio é considerado caso de saúde pública, o profissional de imprensa recorre a dados e estatísticas oficiais que deveriam refletir, com o máximo de precisão, a gravidade da situação. Esses indicadores funcionam como termômetros que ajudam a sociedade a identificar o nível de urgência com que o problema deve ser enfrentado. Portanto, é do interesse de todos que o aprimoramento dos dados, como defendido pelo pesquisador Jacobo Waiselfisz, aconteça de fato. E é do interesse da mídia que essa defasagem seja reduzida ao máximo, em benefício da credibilidade das informações veiculadas.

De qualquer maneira, a imprecisão estatística não justifica por si os pudores da mídia em relação ao problema do suicídio. O próprio Mapa da Violência III: Os Jovens do Brasil, que ao ser lançado em 2002 mereceu ampla cobertura da imprensa, foi alvo de preconceito justamente no capítulo referente aos suicídios. O relatório da Unesco, que reúne os dados sobre mortes violentas no período de 1991 a 2000 disponibilizados pela Base Nacional do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Datasus, do Ministério da Saúde, é dividido em três partes: homicídios, acidentes de transporte e suicídios.

Embora o relatório tenha tido grande repercussão, com inúmeras reportagens na grande imprensa explorando os conteúdos do documento, principalmente dos dados sobre homicídios, a parte referente aos suicídios praticamente não teve visibilidade. Quem tomou conhecimento do relatório com base no que saiu nas mídias impressa e eletrônica, salvo raras e preciosas exceções, não soube que *“entre os anos 1991 e 2000, os suicídios no País passam de 5.169 para 6.762, o que representa um aumento de 30,8%, bem superior ao aumento no mesmo período, dos óbitos por acidentes de transporte (4,4%), mas ainda abaixo do aumento dos homicídios (50,6%)”* (UNESCO, 2002, p. 91). Ou que a maioria dos casos registrados (80%) é de homens com idade predominante de 21 anos. Ou ainda que os estados da Região Sul apresentam as estatísticas mais preocupantes, com 8,1 casos por 100.000 – o dobro da média nacional, que é de 4,0 casos por 100.000.

Não é admissível que se entenda que a divulgação dessas informações, apuradas com os rigores de metodologias reconhecidas internacionalmente, consolidadas por técnicos de renome, seja de alguma maneira ameaçadora, significando risco de vida para quem quer que seja. Parece bastante evidente que é justamente a omissão dessas informações, a censura medieval e injustificável desses dados, que consolida um quadro de absoluta ignorância sobre a gravidade do problema, impossibilitando a construção de um conhecimento que remeta à ação. Indiretamente, essa discriminação editorial contribui para que as estatísticas sobre suicídio no Brasil continuem crescendo, sem que a sociedade se dê conta do que se passa.

Informação a serviço da vida

Falar sobre suicídio na mídia não é sinônimo de sensacionalismo, apelação ou baixaria. É perfeitamente possível reproduzir os dados alarmantes do Mapa da Violência III, ou de qualquer outro relatório que demonstre cientificamente porque o auto-exterminio é caso de saúde pública no Brasil, num texto jornalístico que denuncie o problema sem alarmismo, que retrate

a situação com equilíbrio e bom senso, que sinalize rumo e perspectiva para a sociedade oferecendo exemplos de como esse problema é enfrentado no Brasil e no exterior, com ações desenvolvidas por governos, empresas, igrejas e ONGs. Uma reportagem que alcance esses objetivos se revela um autêntico serviço de utilidade pública.

No Capítulo 1 do documento da Unesco, ao apresentar as “*notas conceituais e técnicas*” do trabalho, o professor Jacobo Waiselfisz (2002) cita o livro *O Suicídio: Estudo Sociológico*, de Durkheim, no qual este autor ressalta que “*a taxa de suicídios representa um excelente indicador da situação social, e que seus movimentos se encontram fortemente associados a problemas gerais que afetam o conjunto societal*”. Diz Waiselfisz, citando o livro de Durkheim:

Entendia ele que a sociedade não é simplesmente o produto da ação e da consciência individual. Pelo contrário, as maneiras coletivas de agir e de pensar resultam de uma realidade exterior aos indivíduos que, em cada momento, a elas se conformam. O tratamento do crime, da violência e do suicídio como um fato social, permitir-lhe-ia reabilitar cientificamente esses fenômenos e demonstrar que a prática de um crime depende não tanto do indivíduo, senão das diversas formas de coesão e de solidariedade social (p. 20).

Entender o suicídio como um fato social projeta sobre o assunto uma aura de complexidade ainda maior, que demanda diagnósticos menos óbvios e simplistas. Nesse sentido, recai sobre a mídia a nobre tarefa de alargar o foco sobre as questões referentes ao auto-extermínio, estabelecendo novas e importantes conexões que ajudariam a entender o problema de um ângulo menos obtuso. Ainda que a maioria dos casos esteja associada à depressão – assim explicam os psiquiatras – há que se investigar melhor o contexto socioeconômico-cultural, as especificidades do nosso tempo e do nosso País, aquilo que leva uma pessoa a desistir de viver no Brasil neste início de século XXI.

Há ainda outras questões que não podem ficar sem resposta: por que tantos jovens de 21 anos de idade estão se matando no Brasil? Por que 80% dos casos são do sexo masculino? Por que os estados da Região Sul registram o maior número de suicídios? Por que as estatísticas crescem de modo preocupante, superando em pontos percentuais os óbitos registrados por acidentes de transporte? São perguntas que causam inquietação, perplexidade e que, provavelmente, levarão muito tempo até serem respondidas se a sociedade continuar sendo privada do direito de investigar, refletir e entender melhor o que está acontecendo. No momento em que essas questões forem entendidas como relevantes e justificarem a cobertura responsável dos veículos de comunicação, é lógico supor que a sociedade vai dispor de argumentos para cobrar soluções.

Um dos desdobramentos possíveis desse movimento é a consolidação de uma Política Nacional de Prevenção dos Suicídios, tal como já ocorre em tantos outros países. É público e notório que num país com tantas demandas na área da Saúde, com um orçamento sempre aquém dessas demandas, a pressão da opinião pública invariavelmente define – ou, no mínimo, influencia – para onde os poucos recursos disponíveis serão aplicados. Se a sociedade desconhece que o suicídio seja um problema de saúde pública e a mídia se cerca de cuidados muitas das vezes exagerados no tratamento do assunto, o problema tecnicamente não existe. Portanto, não

há motivo para investir preciosos recursos do orçamento num problema que não incomoda a sociedade nem a mídia. Essa é a lógica perversa, que justifica, de um lado, o crescimento das estatísticas e, de outro, a inércia do poder público e a paralisia da sociedade no enfrentamento sério e determinado do problema.

Quando se consideram apenas os dados oficiais sobre mortalidade no Brasil e se comparam os números do suicídio com outras causas de morte, será possível confirmar uma inquietante distorção. Tomando por base o ano de 2001, há, oficialmente registrados, 7.699 casos de suicídio no País. Um número muito superior, por exemplo, ao de óbitos por raiva animal, que foi apenas de 18. Na comparação dos indicadores, verificamos que os óbitos por raiva animal no Brasil correspondem a 0,23% do número total de suicídios. Ainda assim, pelo menos uma vez por ano, é grande e necessário o espaço que a mídia disponibiliza para as campanhas de vacinação contra a raiva, promovidas pelas autoridades de saúde. Em contrapartida, muito pouco se fala sobre o problema do auto-extermínio e nenhuma campanha focaliza a prevenção do suicídio.

Duas das mais importantes campanhas na área de saúde pública no Brasil, com grande repercussão na mídia, são as que alertam a sociedade para os problemas do câncer de mama e da aids. A neoplasia maligna da mama provocou a morte de 8.698 mulheres no Brasil, em 2001. No mesmo ano, as doenças oportunistas mataram 10.874 pessoas portadoras do vírus HIV no País. Ambos os números estão situados na mesma faixa de incidência do suicídio, principalmente quando se considera o problema das subnotificações para os casos de auto-extermínio, já mencionado aqui. Enquanto governo, mídia e sociedade discutem abertamente as providências que devem ser tomadas para reduzir o número de casos de câncer de mama e de propagação da aids, o problema do suicídio continua praticamente invisível, sem campanha, sem recursos do orçamento, sem mobilização da sociedade, sem cobertura eficiente da mídia, sem perspectiva de redução dos índices (BRASIL, 2003).

Ao contrário de tantos outros grupos que se articulam e ganham força na mídia para cobrar políticas na área da saúde pública, um bom exemplo é a mobilização dos soropositivos que, com a ajuda de familiares e amigos, arregimentaram simpatizantes, sensibilizaram os formadores de opinião e conquistaram o legítimo direito de receber gratuitamente todos os medicamentos que combatem as chamadas doenças oportunistas, os suicidas estão abandonados à própria sorte. Familiares e amigos de quem se matou preferem, com razão, esquecer o ocorrido. E entre os depressivos, que pertencem ao principal grupo de risco, a prioridade é sair do buraco e manter-se fora dele. Não se conhece nenhuma associação ou grupo com expressão nacional que reúna pessoas portadoras de depressão.

Na área da ciência, o aparecimento dos primeiros suicidólogos no Brasil justificou um certo estranhamento de quem não entende por que algo que não é considerado problema justifique tanta atenção. Esses especialistas em suicídio, egressos principalmente da área da psiquiatria, são muitas vezes vistos como excêntricos ou exagerados nas suas avaliações. São discriminados por serem bem-informados. No entanto, são os suicidólogos que defendem outra forma de lidar com um tipo de paciente muito especial: aquele que tentou se matar e não conseguiu.

Em muitas unidades de saúde, onde a disputa por leitos é voraz, aquele paciente que sofreu fraturas e escoriações ao tentar se matar jogando-se do alto de um prédio é muitas vezes pressionado a receber alta quando todos os procedimentos clínicos já foram efetuados e, do ponto de vista das fraturas e escoriações, a situação está sob controle. Muitos casos de suicídio poderiam ter sido evitados se, quando da primeira tentativa, o paciente, ainda sob os cuidados de um médico num hospital da rede pública, em qualquer lugar do Brasil, recebesse posteriormente um tratamento psicológico mais atencioso e eficiente. As reincidências, bastante comuns nos casos de suicídio, seriam previamente abortadas se a logística dos atendimentos fosse revista e houvesse mais cuidados no tratamento dispensado a esses pacientes.

Rever procedimentos, aprimorar o atendimento, rastrear melhor os dados pessoais de quem tentou se matar e de quem se matou, em benefício de um projeto nacional na área da prevenção do suicídio, são tarefas urgentes e inadiáveis. O suicídio reclama atenção do governo e da sociedade e a mídia deve colaborar nesse sentido.

É função da mídia (do latim *media*, que significa meio, instrumento mediador) aproximar as partes, construir pontes, promover o encontro de quem tem a informação com quem consome informação e precipitar debates, discussões, reflexões que influenciem hábitos e comportamentos e amadureçam visão de mundo de sua sociedade, bem como o exercício pleno da cidadania. A mídia também costuma ser definida como um espelho da sociedade, com todos os seus paradoxos e contradições, sua heterogeneidade e complexidade. O veículo de comunicação que abre espaços para as diferentes correntes de pensamento, visões de mundo e diagnósticos da realidade é aquele que cumpre da melhor maneira possível sua função mídia. Enquanto ela ignora que o suicídio é um caso de saúde pública no Brasil, deixará de cumprir uma função importante e estará em dívida com a sociedade. Há muito que fazer. Não há porque avaliar novos casos de auto-extermínio com o silêncio: quem cala, consente.

248

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. *Óbitos por residência, Brasil, 2001*. Brasília: Cenepi; MS/SIM, 2001.

HOUAISS, Antônio. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Prevenir o suicídio: um guia para profissionais dos mídia*. Genebra: OMS, 2000.

_____. *Relatório mundial sobre suicídio*. Genebra: OMS, 2000.

WASELFISZ, J. *Mapa da violência III: os jovens do Brasil*. Brasília: Unesco, 2002.



PARTE V

Filosofia e Práxis da Proteção Integral: o Feito e o por Fazer sob o Olhar da Saúde

Maria Cecília de Souza Minayo¹
Cláudia Araújo de Lima²

Muitos passos foram dados

Chega-se à última parte deste livro, uma obra coletiva que evidencia o esforço de intelectuais e profissionais dos mais diferentes setores, aprofundando-se a busca dos meios que levam ao caminho da proteção integral à criança e ao adolescente. Quando se anali-

¹ Professora e pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz, pesquisadora de carreira do CNPq, editora da Revista *Ciência & Saúde Coletiva* da Abrasco, presidente da Comissão Técnica criada pelo Ministério da Saúde para formular a Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências (de 1998 a 2000). Coordenadora científica do Centro-Latino Americano de Estudos Sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves) da Fiocruz.

² Pedagoga, especialista em Gestão Social no Brasil, especialista e mestre em Reabilitação da Pessoa Portadora de Deficiência pela Universidade de Salamanca, Espanha, mestre em Saúde Pública/ENSP/Fiocruz em Gestão de Sistemas e Redes de Saúde, professora convidada do Projeto Escola de Conselhos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, assessora técnica da Coordenação de Prevenção à Violência e Causas Externas do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde.

sa o quanto os órgãos governamentais e a sociedade civil avançaram na implantação dos instrumentos para se conseguir essa proteção tal como estabelecida pelo ECA desde 1990, é possível, de um lado, chegar a conclusões otimistas e, de outro, perceber o quanto há ainda por fazer.

Na formulação de políticas, diversas legislações, normalizações e orientações para a ação da proteção e atenção integral a crianças e adolescentes ocorreram, das quais se mencionam apenas, a título de exemplo, algumas da área de Saúde, em que houve várias iniciativas importantes, orientadoras para todas as instâncias do SUS. O setor Saúde, por meio de seus órgãos oficiais e, principalmente, de seus profissionais, foi parceiro importante na formulação e na promulgação do ECA e, desde então, vem sendo um ator imprescindível para a redução e eliminação da violência nas formas de cuidar das crianças e adolescentes. Ao final da década de 90, sua fala oficial se fez presente, reforçando vários esforços esparsos, localizados e até pessoais, orientando todas as instâncias do SUS. Essa voz das instâncias de formulação de política do setor teve três canais principais: o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

250

O Ministério da Saúde criou ao mesmo tempo um Comitê Técnico Científico para a Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria n.º 3.126, de 3 de julho de 1998) e um Comitê de Prevenção de Acidentes na Infância e Adolescência (Portaria n.º 3.566, de 4 de setembro de 1998). Esse último foi colocado, por portaria, sob a presidência do primeiro. O trabalho dos dois grupos envolveu, na sua elaboração, além da equipe técnica de assessoramento, mais de 150 especialistas e profissionais do setor, o que redundou na construção de um texto de referência que foi submetido à discussão e à aprovação da Comissão Tripartite (composta por representantes oficiais das três esferas do SUS) e à discussão e aprovação do Conselho Nacional de Saúde (Resolução n.º 021, de 5 de julho de 2001).

Esse processo de reflexão coletiva transformou-o em documento oficial pela Portaria GM n.º 737 do Ministro da Saúde, no dia 16 de maio de 2001 (publicada no DOU n.º 96, seção 1E, de 18 de maio de 2001). Por ter passado por todas as instâncias colegiadas e pelo órgão máximo de formulação de política e de controle social do setor que é o Conselho Nacional de Saúde, o texto denominado Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências integrou-se oficialmente ao conteúdo doutrinário da área da Saúde, que até o momento vinha tendo forte resistência de incluir o tema entre os de sua atribuição.

Pelo intervalo de mais de três anos, transcorrido entre a implantação do comitê técnico (1998) e a oficialização do documento de política (2001) pode-se depreender o longo tempo cultural e político que foi necessário para as instâncias gestoras do SUS assimilarem a inclusão da prevenção da violência no interior da proposta de promoção da saúde. Em 2004, após três anos passados desde a portaria que aprovou a Política Nacional de Redução dos Acidentes e Violências, o Ministério da Saúde começa a formular um Plano de Ação Nacional, no âmbito de uma coordenação específica para o tema, inclusive com a designa-

ção de recursos orçamentários, embora esses sejam ainda muito escassos, tendo em vista o tamanho da tarefa. É bem verdade que no intervalo entre a formulação da política e a elaboração do plano muitas ações foram realizadas, mas de forma esporádica e dispersa, dificultando seu lastro de continuidade.

É preciso assinalar que no documento oficial da Política de Redução de Acidentes e Violências as crianças e os adolescentes foram privilegiados, havendo nele definição de conceitos, diagnóstico da situação, diretrizes e estratégias para ação do setor. A ação intersetorial está explicitamente referida em todas as formas de abordagem e atuação. A partir dessas orientações gerais vários planos específicos e documentos instrucionais voltados para a atenção a esse segmento vêm sendo elaborados, visando-se a conhecer melhor a situação e a se ter uma postura adequada, dentro dos preceitos do ECA e da peculiaridade do setor. Apenas como exemplo, citam-se: o Protocolo para Atendimento às Vítimas de Violência Sexual/Norma Técnica voltado para a assistência secundária e terciária; Orientações para a Prática em Serviço sobre Violência Intrafamiliar na Atenção Básica; Direitos Humanos e Violência Intrafamiliar/Informações e Orientações para Agentes Comunitários de Saúde, Manual de Orientação para Notificação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes e diversas portarias técnicas relacionando as atividades específicas às questões da violência e da saúde.

Neste momento as orientações do Ministério da Saúde vão se estendendo também para a atuação em situações de extrema vulnerabilidade, como para o caso de crianças e jovens em situação de internamento e de cumprimento de medidas socioeducativas; para as que são vítimas do trabalho infantil; para as que sofrem abuso e exploração sexual. A capacitação dos profissionais para lidar com a prevenção, a assistência e a organização de serviços está sendo proposta e realizada dentro da idéia de integração entre as áreas, envolvendo os vários programas do ministério.

Um segundo ator fundamental que, no entanto tem tido ainda um papel bastante pontual, tem sido o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Em 1997, essa instituição, antes mesmo da instalação do comitê específico para a formulação da política (2001), construiu um Plano de Atenção à Violência Contra Crianças e Adolescentes, a ser aplicado pelos municípios brasileiros, promovendo a adesão dos secretários municipais. Essa proposta teve a importância de lançar o tema ao debate no âmbito das gestões locais de saúde, embora sua eficácia nunca tenha sido avaliada. Sabe-se, simplesmente, que ela foi inspiradora para vários tipos de iniciativas nos municípios, sobretudo dos que adotaram o enfoque de atuação do programa Cidades Saudáveis.

Atualmente, junto com muitas outras instituições, o Conasems realizou o I Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura da Paz e Não-Violência³, dentro do XX Congresso dos Secretários

³ O congresso foi organizado pelo Conasems, Associação Palas Athena, Unesco, Unicef, Programa Amigos da Escola da TV Globo, Conselho Parlamentar de Cultura da Paz da Assembléia Legislativa de São Paulo, Comitê Paulista para a Década da Cultura da Paz, Fundação Cáritas, Projeto de Desenvolvimento Cultural do POLIS, Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais, Associação Comunitária Monte Azul, Abaçai Cultura e Arte, Fórum em Defesa da Vida e Contra a Violência.

Municipais de Saúde em 2004. A ação efetiva, dentro da filosofia da Cultura da Paz, a favor da infância e da juventude, tende a crescer a partir da instituição de uma rede com apoio da Unesco, denominada Rede Gandhi, Saúde e Cultura da Paz. Seus objetivos são assim detalhados: (a) contribuir para a prevenção da violência, a promoção da saúde e da paz por meio de um esforço contínuo de mobilização e parcerias com instituições nacionais e municipais; (b) promover o desenvolvimento da cultura e da educação para a paz por meio de programas de qualificação de profissionais de saúde, educação e outros agentes públicos e privados que prestam serviço à população; (c) manter ativa a comunicação com os parceiros da rede por meio de *site*, publicações e ações midiáticas; (d) desenvolver e apoiar estudos e pesquisas de promoção da saúde, de cultura da paz e não-violência e da resolução ativa e pacífica de conflitos; (e) publicar e divulgar material de apoio para a ação; (f) promover, participar e apoiar eventos de divulgação da promoção da saúde e da cultura da paz (www.conasems.org.br).

Um terceiro ator e mobilizador a favor do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente dentro da doutrina da proteção integral tem sido a Sociedade Brasileira de Pediatria, fazendo coro com a tradição dos pediatras, no âmbito internacional, de levantar a bandeira de que violência faz mal à saúde infantil. Essa sociedade teve forte presença na formulação do ECA, na implantação dos conselhos de direitos, dos conselhos tutelares e do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e na instituição do Comitê de Prevenção de Acidentes e Violências Contra Crianças e Adolescentes pelo Ministério da Saúde. Possui um departamento que trata desse tema específico e dentre suas importantes ações publicou, em parceria com outros órgãos, um guia de orientação sobre o assunto para seus afiliados. A SBP continua sempre atuante, sensibilizando os pediatras e dando-lhes instrumentos para aprofundarem a doutrina de proteção integral.

A sociedade civil vinculada ao setor Saúde, sem dúvida, tem sido ator relevante na sensibilização social, mas, sobretudo, na implantação de serviços que atendem às vítimas e aprofundam a consciência de direitos e a atenção integral. De igual valor tem sido a participação das universidades e centros de pesquisa brasileiros, oferecendo uma contribuição inestimável no aporte de pesquisas e aprofundamento de assuntos específicos sobre violência que atinge a infância e a adolescência e na assessoria aos governos e movimentos sociais. Por iniciativa e elevada consciência social, muitas prefeituras municipais, freqüentemente com o protagonismo das secretarias de saúde, têm tido um papel importante na criação de redes locais de proteção e na consolidação de serviços específicos de atendimento. Vários exemplos citados neste livro são iniciativas locais, muitas delas, iluminando propostas nacionais e apresentando resultados promissores.

Há muito que fazer

O lado mais crítico de quem analisa a realidade não pode deixar de constatar a distância entre teoria e prática. A dificuldade de transformar a letra da lei, expressa no art. 227 da Constituição e no ECA, em ações concretas é real. O avesso dos esforços assinalados acima pode ser exemplificado pela insistência cruel das elevadas taxas de morte e de lesões e traumas

por violências e acidentes de crianças e adolescentes, a versão mais visível de uma cultura de desrespeito às vidas precocemente ceifadas ou mutiladas desses seres em formação. Pode ser constatado também na quantidade (e aumento) de crianças e jovens privados de liberdade, cumprindo medidas socioeducativas, na maioria das vezes por falta de oportunidades sociais para seu sadio desenvolvimento, sendo muito mais expostos à delinquência e à morte.

Pode ser dimensionado ainda pelas informações dos estudos e pela observação do cotidiano que evidenciam o fato de milhares de crianças e adolescentes continuarem a sofrer diversas formas da violência intrafamiliar e comunitária; outras tantas serem vítimas de trabalho escravo ou ilegal e inadequado para sua idade; muitas continuarem exploradas sexualmente, evidenciando-se a persistência da miséria econômica, social e moral que as afeta; e milhares serem assassinadas por armas de fogo e armas brancas. Essas informações ainda provocam pouca comoção social.

Faz parte do lado avesso do entranhamento dos direitos estabelecidos pelo ECA na sociedade também o fato triste e lastimável de que uma boa parte da opinião pública nacional, sem entender ou sem querer entender o espírito da lei que o instituiu, continuar, em nome da ordem social, a manifestar sua mentalidade repressora, questionando a doutrina de proteção integral. Hoje, sabe-se que todos os problemas assinalados e que são tratados neste livro provocam o emperramento ou mesmo o retrocesso da mobilização democrática: desdenham o direito pleno de cidadania de um importante segmento da população brasileira que poderia romper o ciclo perverso da violência interpessoal perpetuada desde o âmbito familiar até o da sociedade em geral.

Por uma práxis integradora

As ações voltadas para a implementação da proteção integral precisam ter como parâmetros três planos bem distintos:

- o primeiro que constata a universalidade do fenômeno da violência contra crianças e adolescentes em todo o País, desde as que ocorrem nas maiores áreas urbanas até os locais menores e mais esquecidos dessa grande federação. A hipótese em relação a essa magnitude se fundamenta no peso secular da cultura patriarcal, machista e adultocêntrica. Suas bases estão arraigadas na sociedade em geral e, de forma muito particular, são reproduzidas cotidianamente na instituição familiar. Nessa instituição, principalmente, é freqüente a concepção da criança e do adolescente como seres inferiores e como objeto e posse dos pais, informando as relações de dominação e de posse presentes nas várias formas de abuso e violências. A universalidade do fenômeno da dominação da criança pelo adulto (o que é diferente da proteção propugnada pelo ECA) ainda ocorre em todo o País, dentre outros motivos, porque as dinâmicas que promovem mudanças culturais arraigadas e que demandam intervenções específicas e persistentes são muito lentas;
- o segundo diz respeito à especificidade da atuação para cada tipo de violência. Embora os estudos já consolidados revelem que, no caso das crianças e dos adolescentes vitimados,

freqüentemente, ocorra uma superposição e associação de várias formas de violência, como, por exemplo, da violência física, psicológica, das negligências e do abuso sexual, é preciso ter em conta que cada agravo precisa ser tratado em sua peculiaridade. Todos os textos deste livro, principalmente os que dizem respeito aos conceitos fundamentais e à atuação dos serviços, evidenciam habilidades e conhecimentos necessários à concretização da prevenção, da assistência e da promoção da proteção;

- o terceiro se refere ao campo da subjetividade. É preciso desenvolver a consciência de que todas as mudanças culturais ou passam pela subjetividade ou não ocorrem de forma permanente. É por isso que as ações dos órgãos públicos e da sociedade civil no que concerne à violência contra crianças e adolescentes precisam ter, ao lado das macroformulações e das estratégias de mediação, objetivos concretos de mobilização interior das pessoas, no caso, tanto das vítimas como dos seus agressores.

Por causa desse último parâmetro, o menos tratado até agora, dar-se-á ênfase, nesta parte, à mobilização comunitária, familiar e individual para a transformação. Dois textos que a compõem dão o toque filosófico da orientação que se gostaria de ver praticada, a favor da proteção integral. O primeiro trabalho, escrito por Simone G. Assis, Renata Pesce e Raquel Carvalhaes, trata da resiliência e é resultante de pesquisas, reflexões e intervenções voltadas para o fortalecimento da subjetividade das crianças e jovens a favor de seu protagonismo, de sua proteção e de sua cidadania. As autoras evidenciam não só os fatores de fortalecimento dos jovens num período crucial de sua formação, como a forte influência de abusos e maus-tratos na produção de personalidades tímidas, agressivas ou recalcadas. No entanto, esse estudo ressalta também uma constatação fundamental para a formação calcada na idéia de proteção integral: não existe determinação no fato de alguém ter passado por violências e a forma como concebe a vida presente e futura.

254

Os dois exemplos de jovens, apresentados pelas autoras para exemplificar a teoria da resiliência, evidenciam, primeiro, que é possível reconstituir a subjetividade mesmo quando se passa por graves crueldades e, segundo, que as perdas e sofrimentos provocados por maus-tratos, negligências e falta de diálogo, na maioria das vezes, têm efeitos deletérios sobre a forma de encarar e de levar a vida. Seus achados confirmam as teses que historicamente vêm sendo defendidas por filósofos existencialistas, como Sartre, segundo as quais o ser humano tem sempre uma margem de manobra criada por ele próprio, para reverter as marcas das vicissitudes da vida: ele é possuidor de um atributo inalienável, a liberdade, apesar de tudo.

O segundo texto, escrito por Feizi Milani, trata da cultura da paz, um tema cada vez mais presente nas propostas sobre mudanças culturais da juventude brasileira. A matriz filosófica do pensamento faz parte da que propugna o marco da promoção da saúde para os profissionais que atuam na problemática das violências contra crianças e adolescentes. Também vai ao encontro da teoria da resiliência tratada acima. É inegável, segundo o autor, que o meio social, o contexto cultural e as condições materiais, a matriz social e histórica, exercem uma influência profunda nos rumos da vida de cada pessoa, podendo ampliar ou reduzir as

alternativas diante dela. Mas, se essa influência tivesse o poder de determinar a trajetória de vida de alguém, repete ele, então todos os adolescentes submetidos a condições de pobreza e de exclusão seriam inevitavelmente conduzidos à criminalidade. Isso ocorre apenas com uma pequena parcela dos jovens, felizmente.

A mensagem fundamental e diferenciada do texto de Milani é que é possível propor um quarto papel para crianças e adolescentes frente ao fenômeno das violências que as vitimam: o de agente da paz. O autor diz isso ao constatar que às crianças e aos jovens quase sempre cabem os tradicionais três papéis: de vítima, agressor e testemunha. O lugar de agente é o espaço do protagonismo que se delineia como construção possível, por meio de inúmeras práticas sociais, em instituições e programas. Muitas dessas práticas já existem, acumulando considerável experiência e conhecimento, ainda pouco sistematizados, mas de inestimável valor. A filosofia implícita em sua proposta é de que se deve investir muito em ações positivas: elas transformam a cultura dominadora adultocêntrica e contribui enormemente para a democratização da sociedade.

Acrescentamos, também, nesta quinta parte, um terceiro artigo, de Márcia Rollemberg, abordando a importância da informação como instrumento de democratização da política e de prevenção da violência. Partindo da experiência técnica de pesquisa de informações realizada pelo Centro Cultural da Saúde, no contexto de estruturação da mostra cultural Sociedade Viva – Violência e Saúde, Márcia disponibiliza uma extensa lista de fontes de acesso a informações sobre o tema. Fontes que compreendem, dentre outras categorias, legislação sobre direitos humanos, programas e projetos governamentais e não-governamentais, sistemas de informações e redes, nacionais e internacionais, de direitos humanos.

O artigo nos faz lembrar, ainda, que o acesso à informação é condição essencial da vida em sociedade e que não é possível abrir mão dela quando se trata de uma ação cidadã, tal como a proposta no âmbito da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Ao encerrar este livro, espera-se que sua continuidade seja realizada pelos próprios leitores. Eles é que podem fazer a síntese necessária e produzir críticas consistentes às deficiências, aos vácuos e às incompletudes que certamente existem aqui, pois fazem parte de qualquer obra humana. Por isso, enquanto parceiros, deles se espera o papel relevante de contribuir na construção da prática de proteção integral.

Referência bibliográfica

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 114 p. (Série E. Legislação de Saúde). ISBN 85-334-0761-0.



CAPÍTULO XXIII

Resiliência: A Ênfase nos Fatores Positivos

Simone G. Assis¹
Renata P. Pesce²
Raquel O. Carvalhaes³

Introdução

Existe um crescente interesse pelo estudo da resiliência e sua aplicação no campo da prevenção e da promoção da saúde, tendo como base o indivíduo, a família, a escola e a comunidade. A nova tendência reflete o progressivo abandono das abordagens centradas nos fatores de risco e, em contrapartida, o crescimento da ênfase dada aos fatores positivos que levam um indivíduo a superar as adversidades. Esse novo paradigma é certamente otimista, principalmente por acreditar que é possível, por meio de ações e programas, promover o bem-estar do indivíduo pelo fortalecimento e desenvolvimento de habilidades pessoais que proporcionem resiliência (MUNIST *et al.*, 1998; BLOOM, 1996).

Embora as definições de resiliência sejam ainda bastante variáveis, toda a discussão a respeito desse conceito está relacionada aos fatores ou processos intrapsíquicos e sociais que possibilitem o desenvolvimento de uma vida sadia apesar de experiências de vida traumáticas. Envolve a interação entre a adversidade e fatores de proteção internos e externos ao sujeito, assim como competências desenvolvidas, que permitam a uma pessoa obter sucesso diante da adversidade (RUTTER, 1987).

Frente a eventos traumáticos, os elementos de proteção assumem papel facilitador no caminho da construção da resiliência. Os estudiosos têm identificado três categorias de fatores de proteção em crianças e adolescentes resilientes: (a) individuais: temperamento que favoreça o enfrentamento do problema, auto-imagem positiva e a capacidade de criar e desenvolver estratégias ativas na forma de lidar com problemas. Esses atributos denotam auto-eficácia, autoconfiança, habilidades sociais e interpessoais, sentimentos de empatia, controle emocional, humor e relacionamento com os pares. Os estudos mostram que existem especificidades de gênero, idade e raça nas formas de demonstração da resiliência; (b) familiares: que se traduzem em suporte, segurança, bom relacionamento e harmonia com pais e no ambiente de relações primárias; (c) extrafamiliares ou ambientais: quando se referem ao suporte de pessoas significativas e experiências escolares positivas (EMERY; FOREHAND, 1996; WERNER; JOHNSON, 1996).

¹ Pesquisadora titular da Escola Nacional de Saúde Pública e do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves) da Fiocruz. A pesquisa teve suporte do Unicef, CNPq e Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio de Janeiro (Faperj).

² psicóloga e mestre em Saúde da Mulher e da Criança pelo Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fiocruz.

³ Estatística, mestranda em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais pela Escola Nacional de Ciência Estatística (ENCE) do IBGE; pesquisadoras do Claves da Fiocruz.

Outra questão fundamental para se entender um indivíduo resiliente é a forma como ele lida com as adversidades. Em psicologia existe um termo *coping* que tem sido descrito como o conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem às circunstâncias adversas ou estressantes. O *coping* positivo é construído ao longo do tempo e do processo de crescimento e desenvolvimento individual. Tal como a resiliência, as estratégias de *coping* dependem de atributos individuais, familiares e ambientais para se consolidarem no indivíduo. Uma vez estabelecidas, essas estratégias funcionam como importante fator de proteção ao risco, proporcionando resiliência, caso sejam predominantemente ativas no sentido da resolução dos problemas (GARMEZY; RUTTER, 1988). Ao contrário, quando o indivíduo vai consolidando estratégias de fuga e evitação dos problemas, elas se tornam fatores prejudiciais à aquisição da resiliência.

Destacam-se, a seguir, algumas características do comportamento resiliente na infância e na adolescência, a partir de dados de uma pesquisa empírica. Busca-se contribuir para a reflexão sobre intervenções positivas.

O que dados de uma pesquisa com escolares revelam

258

Foi feita uma investigação sobre resiliência com 997 estudantes da 7.^a série do Ensino Fundamental à 2.^a série do Ensino Médio em turmas de dezessete escolas públicas do Município de São Gonçalo – RJ, sorteadas por meio de uma amostra por conglomerados, no ano de 2003. Para maior aprofundamento do tema, utilizou-se também uma abordagem qualitativa baseada na narrativa de histórias de vida. Com essa técnica, buscou-se compreender o peso das relações sociais por meio da valorização da experiência vivida pelos adolescentes.

A história de dois jovens vai ser aqui descrita como exemplo concreto do que se encontrou e do que se entende por elevada e por baixa resiliência: a de Mariana, uma adolescente de 14 anos com baixa resiliência no escore do questionário, e a de Pedro, um rapaz de 16 anos com elevada resiliência (nomes fictícios). Cada um relatou sua vida em dois encontros com os pesquisadores. Ambos estudam na oitava série de escolas distintas, têm a cor da pele branca e são evangélicos. O pesquisador não tinha noção do *status* de resiliência do jovem no momento da entrevista.

Atributos relacionados a resiliência – usando-se uma escala desenvolvida por Wagnild e Young (1993) e testada pelo grupo de pesquisa para aferir resiliência, obteve-se o seguinte perfil dos adolescentes. Do conjunto, 209 apresentaram elevada resiliência; 216, moderada e 194, baixa. Foi feito um cruzamento da escala com algumas variáveis que obtiveram significância estatística acima de 5% e que foram consideradas importantes para o enfoque da prevenção.

Constatou-se diferença significativa no quesito sexo para o comportamento resiliente: as meninas tenderam a demonstrar maior resiliência em seus comportamentos. Outras variáveis sociodemográficas, tais como faixa etária, cor da pele e religião, não apresentaram diferenciação importante. O estudo mostra que alguns atributos individuais das crianças e dos jovens e de apoio familiar ou social diferenciam os comportamentos resilientes:

- poder contar, freqüentemente, com pessoas que oferecem afeto e apoio emocional;
- ter perseverança e tenacidade para enfrentar os desacertos quando o planejado não deu certo e para continuar tentando apesar das dificuldades;
- ser capaz de discutir e defender sua própria opinião, demonstrando autoconfiança e autodeterminação;
- ter projeto de vida, ter sonhos e saber as metas necessárias para alcançá-los;
- cultivar a alegria de viver e a satisfação com a vida.

A pesquisa detectou que os adolescentes com comportamento pouco resiliente demonstram estarem mais desinformados sobre os familiares, evidenciando uma tendência a viver mais absortos em seus próprios problemas. São também mais indecisos e revelam um grau maior de sofrimento psíquico do que aqueles que apresentam mais elevada resiliência: 52% relataram dificuldade para tomar decisões, 38% não conseguem pensar com clareza e 25% afirmam estar perdendo o interesse pelas coisas. Cerca de 18% deles se sentem como uma pessoa inútil e sem préstimo.

Na forma de lidar com os problemas do cotidiano, os adolescentes mais resilientes:

- optam mais por *estratégias ativas* de enfrentamento dos problemas, buscando ajuda de adultos para apoiá-los na reflexão ou resolução dos conflitos;
- não fogem dos problemas, aceitam mais os próprios limites e buscam soluções alternativas, denotando maior facilidade de desenvolver *estratégias internas* de resolução de dificuldades;
- utilizam menos algumas *estratégias de evitação* dos problemas, tais como esperar pelo pior quando enfrentam dificuldades pessoais e extravasar sua raiva por música, danças, gritos, choros, quebrar objetos e bater portas.

Um ponto a ser ressaltado neste estudo é que não se encontrou diferenciação positiva ou negativa para a resiliência nos arranjos da estrutura familiar (o fato da criança ou do jovem viver com pais juntos ou separados e a presença ou ausência de padrasto/madrasta), visto que geralmente é bastante mencionado, de forma moralista, pelo senso comum como sendo fator fundamental associado às “disfunções” no comportamento das crianças e dos adolescentes.

A escolaridade do pai, variável que possibilita vislumbrar o padrão socioeconômico da família, também não mostrou distinção em relação ao comportamento resiliente do adolescente. Contudo, a supervisão dos pais sobre os filhos revelou-se uma variável muito significativa. Ela é mais presente entre adolescentes mais resilientes. Esses relatam, com maior freqüência, que um de seus pais ou responsáveis costuma estar em casa quando chegam da escola. Também os pais ou responsáveis sabem aonde eles vão e com quem estão quando saem de casa. Os mais resilientes também referem se relacionar melhor com amigos e professores.

Mariana e Pedro: diferentes formas de e colocar frente aos desafios

Perfil – Mariana recebeu o convite para uma entrevista com ligeira desconfiança. Pareceu madura para sua idade, mas demonstrou pouco envolvimento com outras pessoas. Chorou ao dizer que nunca comentou seus problemas familiares com ninguém. Ela considerou o encontro um momento de desabafo, pois lhe permitiu “colocar para fora” toda a sua angústia. Sua falta de confiança nas pessoas próximas, como mãe e amigos, ficou evidente na fala que dirigiu à pesquisadora: “só estou te contando essas coisas porque eu sei que nunca mais vou te ver”.

Pedro mostrou-se extrovertido e bastante conhecido por funcionários e alunos da escola. Divertido, contou com orgulho seu engajamento em eventos recreativos do colégio, além de seu desempenho como representante de turma. Foi observado jogando futebol no pátio com os colegas e ensaiando uma coreografia de dança com alunos menores para a festa do folclore da escola. Aceitou com facilidade ser entrevistado, contando as muitas dificuldades que enfrentou na vida, não perdendo o entusiasmo mesmo diante dos problemas. Mostrou-se, na maior parte do tempo da pesquisa, confiante, determinado e aberto para as oportunidades da vida.

Formas de enfrentamento de situações adversas – Mariana é filha única e mora com a mãe que trabalha em um comércio. Contou que seus pais não chegaram a se casar, pois brigaram quando sua mãe ficou grávida. Mostra muito ressentimento em relação ao pai, com quem diz nunca ter tido muito contato. Ele é caminhoneiro e viaja muito, embora mensalmente lhe dê dinheiro. Afirma que o relacionamento entre eles é razoável, porque não concorda com o fato dele ter abandonado a mãe e com a estratégia de tentar preencher sua função paterna com recursos financeiros.

Quando pequena, Mariana morou na casa de uma senhora amiga da família, à qual se refere com carinho filial. Essa senhora cuidou dela, pois a mãe trabalhava de duas da tarde às dez da noite. Diz que sua infância foi boa, pois conviveu com outras crianças que eram filhos da senhora que a criou. Só quando completou 11 anos, Mariana foi morar com a mãe. Desde então, sente-se muito sozinha, pois a mãe continua a trabalhar até tarde, e Mariana não tem contato com parentes maternos e com a família do pai nunca estabeleceu convívio. Lastima a solidão que é sua vida e não vê perspectivas claras de mudanças.

Pedro também vivenciou muitas dificuldades durante a infância e a adolescência. Mora com seu pai, sua madrasta e dois irmãos mais velhos (filhos apenas do pai). Ao se casarem, seus pais já tinham filhos de outros casamentos e se separaram quando Pedro tinha 4 anos. Atualmente, considera o relacionamento familiar prazeroso. Pedro diz amar também sua madrasta, principalmente porque quando o pai exigiu que o menino fosse morar com ele, era ela quem o levava para ver a mãe.

Vivenciou muitos problemas de doenças entre familiares. Sua mãe teve problemas renais e o pai faz hemodiálise. Tem passado também por episódios de violência na família, tais como brigas entre os pais, alcoolismo e agressividade paterna, tentativa de uma meia-

irmã de matá-lo quando era pequeno, sufocando-o com a chupeta. Sua infância foi conturbada: era cuidado por uma tia e uma babá junto com seus irmãos. Os filhos de seu pai não gostavam de sua mãe, um dos motivos do fim do relacionamento entre os dois. Após a separação, os pais continuaram brigando para ficar com Pedro. A situação só melhorou na sua adolescência. Hoje, Pedro sente-se vitorioso por ter conseguido fazer seu pai e sua mãe se aceitarem mais e respeitarem sua vontade de querer estar com os dois.

A forma de olhar as dificuldades e a perseverança de Pedro frente aos problemas se contrapõem à sensação de impotência de Mariana.

Satisfação com a vida – “Não gosto de falar muito da minha vida. Não estou satisfeita com a minha vida”. Mariana diz essas palavras chorando. Gostaria que várias coisas fossem distintas, especialmente a estrutura de sua família: a mãe se porta como uma amiga. Ela sente falta da orientação e até da imposição de limites. Lamenta também por seu pai, pois considera que ele não sabe demonstrar carinho e não cumpre o papel paterno. Ao idealizar o que não possui, Mariana acaba não vivendo intensamente as oportunidades que tem.

Pedro mostra atitude oposta. Seu entusiasmo pela vida transcende de sua fala, dita sem muito penar e de forma reflexiva: “sou uma pessoa alegre, carinhosa, que adora ajudar as pessoas. Se estou triste hoje, vou estar alegre noutro dia para fazer outras pessoas felizes”. Relativiza os eventos negativos porque passou na infância. Sente-se satisfeito e acha que sua presença é importante para outras pessoas.

Flexibilidade para se ver no futuro – Mariana tem problemas em se ver no futuro, pois não consegue se descolar do sofrimento que sente e a imobiliza. Seu universo se encerra no mundo familiar. As ausências afetivas no início de sua infância tomaram todo o campo de sua vida intrapsíquica e ela projeta num futuro casamento (que não sabe se haverá) a correção de rumos na forma de cuidar dos filhos (que não sabe se terá).

Pedro, ao contrário, planeja para o futuro fazer alguma atividade em que possa se relacionar com pessoas. Pretende ser professor, atividade que já desenvolve com as crianças de sua escola. Afirma ter muito para oferecer aos outros. Sonha alto: “Se um dia Deus me der força de ser um presidente da república, não vou pensar em ganhar dinheiro [...] Deus um dia vai me dar a glória para eu fazer tudo o que eu quiser para ajudar as pessoas”.

Habilidade para buscar apoio – Mariana tem dificuldade em buscar apoio nas pessoas próximas quando precisa enfrentar os problemas. Diz que tem amigos e se quisesse poderia até contar com eles, mas sua insegurança a afasta da relação com os outros. Por se considerar mais séria que as meninas da sua idade, diz não gostar de lidar com pessoas irresponsáveis que levam tudo na brincadeira. Busca amigos que pensem de forma parecida com ela, mas, também, não lhes confia seus problemas mais íntimos. Na escola, Mariana sabe que também poderia ter o apoio de alguns professores e da direção, embora se mantenha à distância. A única fonte em quem confia é a mãe, de quem se diz “fã número um”. No entanto, mesmo dela esconde seus sentimentos mais íntimos, dizendo que prefere não machucá-la.

Pedro estabelece diversas redes de apoio. Apesar dos conflitos familiares, sua fala destaca a atenção e os cuidados que recebe do pai, da mãe, da madrasta e da avó. Desenvolve e participa de eventos na escola. Fala com entusiasmo das aulas de lanchaeróbica que oferece às crianças. Sabe explorar o apoio da escola e dos amigos. Diante de algum problema na escola diz que conversa com a diretora antes de tomar qualquer atitude. E tem uma amiga da escola com quem compartilha sentimentos e angústias.

Chave para a resiliência – Mariana quase sempre guarda os sofrimentos para si. Não quer que as pessoas se machuquem por sua causa ou sintam pena dela. Permanece fixada nos problemas familiares, remói as dificuldades, não vê as oportunidades e os caminhos. Indagada sobre o que uma pessoa precisa fazer para superar as dificuldades que a vida apresenta, Mariana afirma que é necessário saber esperar.

Pedro, ao contrário, diz que diante de um problema sempre procura conversar com amigos, professores ou familiares. A palavra conversar é citada por Pedro sempre que ele se refere ao que fazer em momentos difíceis. Por sua vez, diz ter prazer em aconselhar e mostrar seu ponto de vista para as pessoas queridas. Na visão de Pedro, para alguém conseguir superar as dificuldades tem que ter um bom astral, olhar a vida de frente, ser calma e ter capacidade de pensar antes de fazer as coisas. Mas, precisa agir.

262 **Algumas conclusões importantes para a promoção da saúde**

A resiliência como forma de prevenção primária, promoção de saúde, bem-estar e qualidade de vida tem sido o foco de muitos estudos (BLOOM, 1996; VICENTE, 1998; MUNIST *et al.*, 1998; ROLF; JOHNSON, 1999; MASTEN, 1999). Esses autores, pelo acúmulo de conhecimento sobre o tema, afirmam que é possível promover resiliência não apenas em nível individual, mas também em ambientes sociais, como família, escola, comunidade e sociedade, instâncias capazes de funcionarem como fatores de proteção para este indivíduo.

A pesquisa que fundamentou este trabalho, portanto, encontra amparo em muitos outros estudos. Os principais aspectos protetores encontrados em crianças e adolescentes são: a capacidade de estabelecer vínculos afetivos familiares ou externos ao ambiente familiar; ter capacidade de planificar a vida e estabelecer metas para a vida adulta (KOTLIARENCO *et al.*, 1997; GARMEZY; RUTTER, 1988; WERNER; SMITH, 2001).

Investir em estratégias de *coping* é uma chave importante para a resiliência. Por isso, considera-se que se deve estimular as crianças a buscar recursos próprios e apoios externos para solucionar pequenos desafios. Esta aparente fácil tarefa tem papel fundamental, pois o meio contribui para reforçar positiva ou negativamente as dificuldades individuais. A subjetividade do indivíduo e a objetividade das circunstâncias que o ambiente familiar, comunitário e social provê são o solo em que se gesta a fertilidade ou infertilidade emocional de uma criança.

Mariana e Pedro ilustram o fato de que resiliência não significa invulnerabilidade. Na realidade, não existe resistência absoluta nem respostas únicas às dificuldades que qualquer ser humano tem que passar. Existem sim, pessoas mais resistentes ou menos resistentes, pessoas

que olham de forma diferente os mesmos obstáculos. E sabe-se também que é possível contribuir para que crianças e adolescentes se tornem mais fortes e positivos. O que favorece a resiliência é a combinação entre aquilo que lhe é oferecido, principalmente durante sua infância, o apoio recebido e a individualização dessas experiências pelo próprio sujeito.

Embora apenas recentemente estudada, a resiliência parece ser um atributo intrínseco ao ser humano. Pesquisa que acompanhou recém-nascidos havaianos até os 40 anos de idade mostrou que:

- os anos iniciais da vida infantil são de extrema importância como base da formação de indivíduos resilientes;
- por outro lado, boa parcela dos não resilientes na infância e adolescência são capazes de assim se tornarem em estágios mais tardios da vida, recebendo e aproveitando o suporte externo de suas comunidades de convivência (WERNER; SMITH, 2001).

Por essas razões, conhecer mais a fundo o que permite a crianças e adolescentes brasileiros saírem-se bem frente às dificuldades é um passo efetivo para futuras ações preventivas, preferencialmente devendo ser iniciadas na primeira infância e desenvolvidas durante todo o ciclo da vida.

A escola e os serviços de saúde precisam atentar para comportamento de meninos como Mariana e Pedro, agindo por antecipação. No caso das escolas, Castro (2001) enfatiza a possibilidade de desenvolver ações que promovam comportamentos resilientes. Esse autor ressalta que a formação de professores mais aptos a se confrontarem com a adversidade pessoal e com as vivenciadas pelo convívio com seus alunos deveria ser uma prática constantemente renovada e aperfeiçoada.

A instituição norte-americana The Consortium on the School-based Promotion of Social Competence (1996) afirma que a escola, diferentemente de outras instituições com potencial para intervenção, pode oferecer a todas as crianças uma base consistente e regular ao longo da maioria dos anos de formação da personalidade do indivíduo. Tem a vantagem de poder acessar pais e responsáveis de crianças e adolescentes e exercitar habilidades específicas e apropriadas para cada faixa etária; ensinar a coordenar e integrar a área cognitiva, afetiva e comportamental; articular a área acadêmica com a educação para saúde e para vida familiar; criar materiais claros, modernos e didáticos; treinar professores e pessoas especializadas que possuem papel fundamental na vida dos meninos e meninas. Programas voltados ao desenvolvimento infantil precisam ser amadurecidos para que se alcancem medidas efetivamente preventivas e de promoção de resiliência.

Na área da Saúde, o conhecimento de estratégias de construção da resiliência pelos profissionais, sobretudo pelos pediatras e pelos que formam a equipe de saúde da família, pode possibilitar a construção de propostas concretas. Uma saudável prática de estímulo ao *coping* nos atendimentos individuais, familiares e coletivos e uma eficiente articulação com a escola na orientação dos pais e da comunidade certamente trarão efeitos positivos para a formação de crianças, jovens e adultos saudáveis e cidadãos brasileiros mais felizes.

Referências bibliográficas

- ARPINI, D. M. *Violência e exclusão: adolescência em grupos populares*. Bauru: Edusc, 2003.
- BLOOM, M. Primary prevention and resilience: changing paradigms and changing lives. In: HAMPTON, R. L.; JENKINS, P; GULOTTA, T. P. (Ed.). *Preventing violence in America*. California: Sage, 1996. p. 87-114.
- CASTRO, M. A. C. D. Revelando o sentido e o significado da resiliência na preparação de professores para atuar e conviver num mundo em transformação. In: TAVARES, José (Org.). *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez, 2001. p. 115-127.
- EMERY, R. E.; FOREHAND, R. Parental divorce and children's well-being: a focus on resilience. In: HAGGERTY, R. et al. (Ed.). *Stress, risk and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms and interventions*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. p. 64-100.
- GARMEZY, N.; RUTTER, M. *Stress, coping and development in children*. New York: Johns Hopkins University Press, 1988.
- KOTLIARENCO, M. A.; CÁCERES, I.; FONTECILLA, M. *Estado de arte em resiliência*. Washington: OPAS, 1997.
- 264 MASTEN, A. S. Commentary: the promise and perils of resilience research as a guide to preventive interventions. In: MEYER, D. G.; JOHNSON, J. L. (Ed.). *Resilience and development: positive life adaptations*. New York: KA, PP, 1999. p. 251-259.
- MUNIST, M. et al. *Manual de identificación y promoción de la resiliencia*. Washington: OPAS, 1998.
- PESCE, R. et al. *Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência: cross-cultural adaptation, reliability and validity of the resilience scale*. Rio de Janeiro: Claves, 2003. Mimeografado. Encaminhado para publicação em revista científica.
- ROLF, J. E.; JOHNSON, J. L. Opening doors to resilience intervention for prevention research. In: MEYER, D. G.; JEANNETTE, L. J. (Ed.). *Resilience and development: positive life adaptations*. New York: KA, PP, 1999. p. 251-259.
- RUTTER, M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Orthopsychiatric Association*, v. 57, n. 3, p. 316-331, 1987.
- THE CONSORTIUM ON THE SCHOOL-BASED PROMOTION OF SOCIAL COMPETENCE. The school-based promotion of social competence: theory, research, practice and policy. In: HAGETTE, R. et al. (Ed.). *Stress, risk and resilience in children and adolescents: processes, mechanisms and interventions*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. p. 268-317.
- VICENTE, C. M. Promoção de resiliência. In: BRASIL. Ministério da Justiça, Departamento da Criança e do Adolescente. *Políticas públicas e estratégias de atendimento sócio-educativo ao adolescente em conflito com a lei*. Brasília: Ministério da Justiça, 1998. p. 67-72.

WAGNILD, G. M.; YOUNG, H. M. Development in psychometric evaluation of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, v. 1, n. 2, p. 165-178, 1993.

WERNER, E.; JOHNSON, J. L. Can we apply resilience? In: MEYER, D. G.; JOHNSON, J. L. (Ed.). *Resilience and development: positive life adaptations*. New York: KA, PP, 1999. p. 259-269.

_____; SMITH, R. S. *Journeys from childhood to midlife: risk, resilience and recovery*. Ithaca: Cornell University Press, 2001.



CAPÍTULO XXIV

Adolescentes: De Vítimas da Violência a Protagonistas da Paz

Feizi M. Milani¹

Há um crescente reconhecimento de que as violências devem ser enfrentadas como um problema de saúde pública. Para desempenhar o seu papel com eficácia e impacto social, os serviços de saúde precisam ir além das etapas de diagnóstico do problema, tratamento das vítimas e formação dos profissionais, enfoques predominantes até hoje. A promoção da saúde necessita ganhar prioridade e ser trabalhada em abordagens intersetoriais e envolvendo a participação cidadã.

Dentre as atividades e posturas necessárias para priorizar a promoção, torna-se urgente rever os conceitos e preconceitos com os quais a área da Saúde trabalha as violências cometidas contra ou por adolescentes, buscando propor intervenções que tenham chances de sucesso. O presente texto visa a explicitar e questionar algumas premissas a respeito da adolescência e de sua relação com o fenômeno das violências. Esses pressupostos encontram-se subjacentes aos discursos de diversos profissionais de saúde, de educação e de mídia, dentre outros, e serão aqui reproduzidos no enunciado dos 13 tópicos a seguir.

1. *A adolescência é uma preparação para a vida adulta.* Essa premissa reflete uma visão de mundo que considera o adulto como parâmetro de perfeição ou auge da existência humana. De acordo com tal perspectiva, o adolescente deve estudar e se desenvolver para que possa, “no futuro, tornar-se um cidadão”. No discurso de diversos atores sociais, a adolescência é imediatamente associada a problemas como abuso de álcool e drogas, gravidez precoce, comportamentos anti-sociais, desinteresse pelos estudos e é rotulada como um grupo perpetrador de violências e infrações legais. As escolas, via de regra, adotam atitudes que oscilam entre o autoritarismo e o paternalismo no trato com o adolescente: por vezes, impõem regras sem sentido, marginalizam e excluem aqueles que “não se enquadram”, e outras vezes, empenham-se para que ele não sofra as consequências de seus próprios atos. Em muitos contextos familiares, o adolescente é orientado de formas contraditórias – nas situações em que emerge o seu desejo de liberdade e autonomia, é tratado como uma “criança grande”, imatura e incapaz de fazer escolhas e enfrentar desafios. Quando é alvo das cobranças dos pais, é colocado no papel de “adulto em miniatura”, exigindo-se que seja mais responsável e saiba se cuidar.

Ora, cada fase da vida humana precisa ser reconhecida, respeitada e valorizada em si mesma, sem referências ou comparações com as outras do ciclo vital. É um erro imaginar que há um único auge na vida: há diversos. O auge da capacidade de aprendizado, na

¹ Assessor técnico da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde, doutor em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), médico de adolescentes, fundador do Instituto Nacional de Educação para a Paz e os Direitos Humanos (Inpaz). Fellow da Ashoka Empreendedores Sociais.

espécie humana, situa-se nos primeiros anos de vida. O auge da sabedoria está associado à velhice. O auge da força e da beleza físicas ocorre na juventude. Mas, na mesma adolescência, podem ocorrer outros auge – do crescimento e do desenvolvimento físico, da criatividade, da espontaneidade, da curiosidade sexual, do desejo de transformar o mundo, da imaginação, dentre outros. A fase adulta é o auge da produtividade econômica, mas isso não a torna parâmetro de avaliação para as demais.

2. *A adolescência é uma crise, repleta de problemas.* Adolescência não é sinônimo de crise. Os problemas considerados “típicos” dessa fase não são inerentes a ela. A adolescência foi transformada em uma crise, como resultado de uma construção social, um processo construído pela cultura ocidental contemporânea. Isso ocorreu pela conjunção de diversos fatores, como: a adolescência encontra-se esvaziada de um sentido próprio, a medida em que passou a ser encarada como um tempo de espera. É freqüentemente criticada em suas iniciativas e posturas. É imediatamente vinculada a problemas individuais (“aborrecente”) e a comportamentos anti-sociais. É renegada em seus anseios de participação e protagonismo. É tratada de formas contraditórias, pela família, escola e mídia. E, por fim, os adolescentes foram eleitos o alvo preferencial dos apelos do consumismo e do hedonismo. De acordo com Valsiner (2000), emprega-se o truque de “*explicar fenômenos pelo seu rótulo*”. Ou seja, justifica-se que “os ‘*problemas da adolescência*’ são causados pelo ciclo etário especial, o qual é conhecido por sua natureza problemática” (VALSINER, 2000, p. 298).

268

3. *Os adolescentes são violentos.* A opinião pública brasileira parece crer que a maioria dos crimes neste País é cometida por adolescentes e que a maioria das infrações cometidas por adolescentes é grave. No entanto, várias pesquisas mostram que a maioria dos atos infracionais praticados por eles se referem a atos contra o patrimônio (furtos e roubos), não resultando em violência direta contra pessoas (BASTOS LIMA; LIMA SANTOS; ALVES; AL-CÂNTARA, 2003). Os episódios de violência contra adolescentes são muito mais freqüentes que os cometidos por eles (SANTANA; KALIL; OLIVEIRA, 2002). Uma pesquisa realizada pela Agência de Notícias dos Direitos da Infância reconhece que a imprensa tem responsabilidade na construção da imagem do adolescente como o transgressor, pois, quase sempre, ela dá destaque exagerado e desproporcional aos casos em que uma infração violenta é cometida por adolescente (ANDI, 2002).

Sposito (2002) denuncia, com aguçada percepção, as imagens e práticas adotadas pelo mundo adulto no trato com crianças e jovens da periferia, estigmatizando-os por sua condição social de exclusão e pobreza, sendo tratados como virtuais criminosos e delinqüentes. Esses preconceitos e estereótipos geraram uma lógica perversa e invertida, na qual o que deveria ser consequência da violência (medo), é transformado em causa de delinqüência, na medida em que marginaliza os jovens pobres. Impõe-lhes assim, um estigma que adquire a força de uma profecia auto-realizável.

A maioria dos jovens infratores testemunhou e foi vítima de violência intrafamiliar (CARDIA, 1997). Essa constatação obriga a reconhecer que, antes de cometer qualquer violência, a maioria desses adolescentes foi vítima da trágica somatória de suas várias modalidades:

desde a rejeição, maus-tratos, abusos e abandono, até a fome, a exclusão social e moral, o racismo e a falta de oportunidades. Essas experiências podem afetar a forma do adolescente interpretar a realidade e tendem a limitar o seu repertório de reações a comportamentos violentos, passando a encarar como provocação pessoal, situações banais.

O enredamento² de adolescentes pelo fenômeno das violências é, na realidade, um dos sintomas mais evidentes da chamada crise da adolescência. A atual configuração histórico-cultural da adolescência engloba diversas características que podem levar a pessoa a colocar-se em situações de risco: a tendência à transgressão dos limites, os sentimentos de inatingibilidade e de onipotência, a necessidade de aceitação pelo grupo de pares, a instabilidade emocional, o acúmulo de pressões e cobranças e o desconhecimento de sua recém-adquirida força muscular (KNOBEL, 1989). Os conflitos, dúvidas e temores do processo de construção da identidade pessoal podem gerar sentimentos de confusão e fragilidade no adolescente.

Na gênese de muitos comportamentos violentos na adolescência está a combinação entre a dificuldade em lidar com sentimentos de vulnerabilidade interna e a falta de suporte familiar, apoio social e de referências éticas. Para Levisky (2001), os adolescentes encontram-se vulneráveis e receptivos aos estímulos internos e externos que interferem na formação de sua identidade, em forma de potencialidades construtivas e destrutivas, que podem ser estimuladas ou reprimidas pela cultura. A dificuldade de pais, profissionais de educação e de saúde e autoridades governamentais compreenderem as características e necessidades dessa fase é um dos fatores que contribuem para que os adolescentes tenham sido enredados na trama das violências (WAISELFISZ, 1998; MINAYO *et al.*, 1999).

4. *O adolescente tem que respeitar as leis e aprender a viver em sociedade.* De fato, a adolescência é um período crucial no aprendizado da vida social, do convívio interpessoal e dos valores éticos. Mas, será que essa mesma sociedade está oferecendo aos adolescentes contextos saudáveis e oportunidades para o seu desenvolvimento integral? Soares (2002) sintetiza a história de tantos jovens brasileiros excluídos que são rejeitados e excluídos desde o nascimento, mostrando que eles podem estar buscando na criminalidade não só a satisfação de suas necessidades básicas, mas principalmente o reconhecimento. Vale a pena ouvir o autor:

Esse menino pobre das metrópoles brasileiras, que não encontrou acolhimento na estrutura familiar, também não foi acolhido pela escola ou pela comunidade, a sociedade passa por ele como se ele fosse transparente, como se ele não tivesse nenhuma densidade ontológica, antropológica ou sequer, humana. Quando porta uma arma adquire presença, torna-se capaz de paralisar o interlocutor pelo medo, de fazer que o transeunte pare na frente dele, reconhecendo-o, afinal, como um sujeito (SOARES, 2002, p. 43).

² O conceito de enredamento é oriundo da perspectiva da Rede de Significações (RedeSig). A RedeSig propõe que o processo de desenvolvimento humano é simultaneamente "determinado e indeterminado em vários domínios, ocorrendo tanto possibilidade de inovação como certa previsibilidade de trajetórias desenvolvimentais" (ROSSETTI-FERREIRA, AMORIM; SILVA, 2004, p. 29). O conceito de enredamento reconhece que certas configurações da rede apresentam uma "estrutura mais rígida" que pode manter a pessoa, de certa forma, "assujeitada" àquele "mundo semiótico", gerando a tendência à "repetição de determinadas posições e comportamentos" sobre os quais "tem pouco controle" (*idem*).

Nas sociedades capitalistas contemporâneas, o reconhecimento do outro e a sua legitimação como cidadão tornaram-se dependentes das práticas de consumo. Ao mesmo tempo em que a pessoa é avaliada por aquilo que consome (as marcas, os modismos, as grifes), grandes parcelas da população são excluídas do mercado de trabalho e da possibilidade de atender às suas necessidades básicas. As ambigüidades da sociedade em relação aos adolescentes assumem várias formas. Martuccelli (1999) aponta uma delas: “eles são ao mesmo tempo os principais destinatários do discurso moral do autocontrole e, na prática, um grupo social particularmente exposto à ausência de diversificação de redes sociais que os comprometa dentro da sociedade” (MARTUCCELLI, 1999, p. 172). Também Valsiner aponta outra contradição, analisando o fenômeno do homicídio cometido por adolescentes:

O homicídio [cometido por adolescentes] pode ser de dois tipos: anti-social e pró-social. O primeiro é temido e transformado no “problema da agressividade do adolescente”. Em contraste, os casos de homicídios pró-sociais cometidos por adolescentes – no contexto do recrutamento deles por grupos militares lutando por metas políticas específicas dos adultos – prosseguem sem qualquer construção no sentido de “problema”³ (VALSINER, 2000, p. 293).

Ao apontar essas contradições e ambigüidades, não se quer inocentar os autores de qualquer ato infracional. Apenas se busca reconhecer o ambíguo contexto social e cultural no qual esse adolescente comete a infração. Compreender o panorama mais amplo é indispensável, e ajuda a relativizar posições extremistas, que reduzem a análise de um fenômeno dessa complexidade a uma única causa ou explicação.

270

5. *O homem é fruto do meio*. Essa premissa, se tomada literalmente, adquire um sentido de determinação: o meio social determina a pessoa, como se ela não tivesse vontade própria, consciência e escolhas possíveis. Isso não corresponde aos fatos.

Uma significativa pesquisa desenvolvida por Assis (1999) comparou jovens presos pela prática de graves atos infracionais (homicídio, roubo com homicídio, tráfico de drogas, estupro, dentre outros) com seus irmãos ou primos que nunca cometeram qualquer infração, em Recife e no Rio de Janeiro. Foram identificadas algumas variáveis significativamente associadas à infração: consumo de drogas; círculo de amigos; tipos de lazer; auto-estima; capacidade ética de reconhecimento dos limites entre certo e errado; violência perpetrada pelos pais; vínculo afetivo em relação à escola ou aos professores.

É inegável que o meio social, o contexto cultural e as condições materiais – a matriz social e histórica – exercem uma influência profunda nos rumos da vida de cada pessoa, podendo ampliar ou reduzir as alternativas diante dela. Mas, se essa influência tivesse o poder de determinar a trajetória de vida das pessoas, então todos os adolescentes submetidos a condições de pobreza e de exclusão seriam inevitavelmente conduzidos à criminalidade. Isso ocorre apenas com uma pequena parcela dos jovens, felizmente.

³ Ao longo da História, grande parte dos soldados enviados para matar e morrer nas frentes de batalha é composta por adolescentes e jovens. Atualmente, milhões de crianças e adolescentes são usados como soldados, no mundo inteiro. No Brasil contemporâneo esse fato é evidenciado no aliciamento, cada vez mais precoce, de crianças e adolescentes pelo narcotráfico, para as atividades de maior risco.

6. “Filho de peixe, peixinho é”. “Pau que nasce torto cresce torto”. “Ele não teve outra opção a não ser o crime”. “Fez porque quis”. As quatro frases acima expressam premissas que competem entre si, para explicar o envolvimento de um jovem com a criminalidade. A primeira dá uma explicação hereditária ao fato; a segunda sugere que o crime já fazia parte da natureza pessoal; a terceira considera que as privações do contexto social e econômico eliminam qualquer possibilidade de escolha, por parte da pessoa; a quarta dá a entender que a única motivação da pessoa é a sua própria vontade, como se ela vivesse desconectada de outras pessoas e do mundo.

As experiências dos primeiros anos de vida podem delinear – isto é, esboçar em linhas gerais – as tendências da trajetória de vida da pessoa. Ou seja, o caráter dessas experiências é delineativo. Essas experiências resultam das múltiplas e permanentes interações entre a pessoa em desenvolvimento (incluindo a sua natureza) e o seu contexto (incluindo a sua criação).

A proposição enunciada relativiza tanto os postulados do determinismo, quanto os do inatismo e do arbítrio, possibilitando uma intercomunicação entre eles. De um lado, ela nega a idéia de que o ser humano é determinado pelo seu meio social ou por suas condições de vida, uma vez que fatos numerosos e significativos destituem o valor de regra. O ser humano tem vontade própria, é capaz de fazer escolhas e de assumir a responsabilidade por elas. De outro lado, contrapõe-se à doutrina de que o caráter humano já estaria definido no momento do nascimento. Reconhece que é possível identificar, no recém-nascido, inequívocos traços de personalidade (inatos ou herdados), dentre os quais, certo grau de agressividade ou passividade. Entretanto, seria absurdo negar os profundos efeitos do ambiente familiar e do processo educativo, na formação do caráter. Por fim, a referida proposição rejeita a ideologia que considera a construção do ser e da história pessoal como sendo de autoria exclusiva do sujeito, perspectiva esta que negligencia o contexto cultural, social e histórico dentro do qual a pessoa se insere e com o qual interage.

O adolescente, como um sujeito com identidade e vontade próprias, é capaz de fazer escolhas, dentre as quais, agir e reagir com violência e promover a paz. As escolhas que ele fizer repercutirão sobre as pessoas e ambientes com os quais interage, levando a distintas conseqüências. Uma vez que as condições e os recursos pessoais estão em permanente interação com as condições e os recursos contextuais, cada um influenciando o outro, e todos se modificando ao longo do tempo, inclusive como resultado dessas interações (BRONFENBRENNER, 1996). Por vezes, as condições desfavoráveis e a ausência de oportunidades tornam-se a principal motivação para a pessoa romper as barreiras que lhe foram impostas e alcançar o que poderia ter sido considerado praticamente impossível. Em outras histórias, embora as condições e os recursos do contexto sejam vantajosos, as suas escolhas e reações das pessoas resultam no baixo grau de desenvolvimento de suas próprias potencialidades. Ou seja, as múltiplas e complexas interações entre todos os fatores

⁴ A proposição apresentada coaduna com a proposta da Rede de Significações (RedeSig), a qual enfatiza os “indissociáveis processos de co-construção pessoa-meio. O ser humano é relação, constrói-se na relação com o outro e com o mundo e só se diferencia e se assemelha no espaço relacional” (ROSSETI-FERREIRA, AMORIM; SILVA, 2004, p. 25). Entretanto, “o reconhecimento da co-construção pessoa-meio e o caráter fundamental que adquirem os processos dialógicos no desenvolvimento, [...] não significam uma ausência de espaço ou de autonomia criativa da pessoa” (Ibid., p. 218).

expostos podem delinear, jamais definir, o que será infimamente ou sumamente provável e improvável para o sujeito⁴.

7. *Vamos reunir os especialistas – eles saberão qual o melhor projeto para oferecermos aos adolescentes.* Implícita nesta postura está a idéia de que os adolescentes não sabem o que querem e são incapazes de contribuir para a elaboração ou execução de um projeto. Isso ocorre nos planos que são feitos para eles, quando são tratados como objetos, quando podem e devem ser valorizados como co-autores. À visão dos adolescentes como uma massa amorfa e passiva deve-se contrapor ao conceito de participação juvenil, que reconhece suas potencialidades e busca criar espaços de exercício da cidadania.

Favorecer o protagonismo juvenil é uma estratégia eficaz de promoção da saúde. Seus benefícios são vários. Primeiro, ele contribui para a auto-estima, a assertividade e a formulação de um projeto de vida pelo adolescente. Portanto, em nível individual, “a participação não é somente um enfoque para se obter uma adolescência socialmente mais responsável e mais cooperativa. É o caminho para o desenvolvimento de uma pessoa socialmente sã” (ROGER HART *apud* COSTA, 2000, p. 29). Segundo, o protagonismo corrige o erro assinalado por Sposito (2002), no qual o fato de tratar os jovens como meros usuários de programa freqüentemente consolida mecanismos de tutela e subordinação social. O terceiro benefício de estimular o protagonismo dos jovens é realmente aprofundar a crença na sua capacidade de transformação social (SOUSA, 1999). Nesse sentido, a sustentabilidade de qualquer programa de saúde ou de desenvolvimento, nas comunidades ou até mesmo na sociedade como um todo, dependerá, em médio e longo prazos, da formação de adolescentes e jovens com capacidade de liderança e espírito de serviço à coletividade. O quarto benefício da ação por meio do estímulo ao protagonismo dos jovens é ter sua participação ativa no planejamento, execução e avaliação das ações de saúde.

8. *Mas, os adolescentes daqui são tão pobres, tão excluídos, será que eles têm o que contribuir?* Uma importante barreira à participação é a crença arraigada de que os segmentos pobres da sociedade não têm o que contribuir para a transformação social. Ao contrário, a participação é um elemento-chave do processo de inclusão, pois pressupõe reconhecimento do outro como cidadão e co-responsável pelo bem-estar coletivo. A referida premissa também alimenta o paternalismo, com a idéia de que as pessoas pobres são destituídas de capacidade e devem ser alvo de piedade dos demais. Ela pode ser, também, parte da mentalidade, muitas vezes autoritária, dos que outorgam a si mesmos o papel de porta-voz dos excluídos.

Para que a participação popular e juvenil se efetive nos programas de saúde, é preciso que dirigentes públicos, gestores e profissionais estejam convencidos de que ninguém é tão pobre ou ignorante que não tenha alguma riqueza, conhecimento ou capacidade a oferecer para a melhoria da qualidade de vida da comunidade. O exercício da cidadania está vinculado à garantia dos direitos humanos, ao desenvolvimento da capacidade dialógica, ao respeito às diferenças e ao estímulo à participação.

9. *Pelo menos em relação ao enfrentamento das violências, não há nada que os adolescentes possam fazer.* Discorda-se radicalmente dessa perspectiva tradicional, segundo a qual o adolescente pode assumir apenas três papéis em relação às violências: perpetrador, vítima ou testemunha. As abordagens centradas na prevenção da violência buscam evitar ou reduzir os riscos de que o adolescente venha a assumir um desses papéis. Mas, não deixam claro que outro papel o adolescente deve desempenhar.

Em pesquisa para a tese de doutoramento, colheu-se e analisou-se os discursos de adolescentes, educadores, técnicos de saúde e dirigentes institucionais envolvidos em programas de prevenção da violência e/ou promoção da cultura de paz, direcionados a adolescentes (MILANI, 2004a)⁵. A análise do conjunto desses discursos permitiu reconhecer e propor um quarto papel para o adolescente frente ao fenômeno das violências: o de agente da paz. Trata-se de um novo lugar, que vai se delineando como construção por meio de inúmeras práticas sociais, em instituições e programas. Essas práticas têm acumulado considerável experiência e conhecimento – em geral, não registrado nem sistematizado – a respeito de como engajar adolescentes na construção de uma postura protagônica no exercício da cidadania e nas interações e práticas cotidianas.

10. *Os programas de prevenção à violência são a única abordagem proposta pela Saúde Pública para o enfrentamento das violências.* A abordagem da prevenção da violência é, certamente, a mais propagada e reconhecida. Entretanto, começa-se a discutir a necessidade de uma abordagem mais abrangente e rica para a qual a promoção da cultura de paz é a mais apropriada para o enfrentamento das violências.

O discurso da promoção focaliza aquilo “que se quer” (paz), enquanto o da prevenção ressalta aquilo que “não se quer” (violência). Também, a ausência de violência não implica no surgimento da paz. Para se transformar a cultura, é preciso afirmar aquilo que é almejado. Por corresponder a um anseio universal e a uma necessidade humana, a paz tem um grande potencial mobilizador. Quando se fala em promover esse grande valor universal está implícita a exigência de uma postura proativa, da mesma forma que a promoção da saúde preconiza o autocuidado.

Entretanto, as duas abordagens não são contraditórias, complementam-se. A adoção da proposta de promoção da cultura de paz não significa, de modo algum, o abandono do enfoque de prevenção da violência. Trata-se de reconhecer o lugar epistemológico de cada um – a cultura de paz tem o papel da utopia que inspira, mobiliza e norteia, é o propósito final de uma multiplicidade de esforços; a prevenção da violência é uma das estratégias que contribuem para a sua concretização.

É importante comparar as duas abordagens, a da prevenção da violência e a da promoção da cultura de paz do ponto de vista mais operacional. É reconhecido que um dos

⁵ A tese, realizada sob a orientação da Profa. Dra. Ana Cecília de Sousa Bastos, consistiu em um estudo de casos: uma escola pública da periferia de uma metrópole, uma escola privada internacional e um projeto de educação em saúde resultante da parceria entre uma secretaria de saúde e uma ONG, em favela dominada pelo narcotráfico. As três organizações situam-se no Brasil, em diferentes Unidades da Federação. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, grupos focais e questionário sobre a organização.

avanços que marcaram a saúde pública, no Brasil, em anos recentes, foi a implementação e expansão de novas estratégias de Atenção Básica, como a Saúde da Família e a de Agentes Comunitários de Saúde. Esses programas são constituídos por uma rede de milhares de equipes que atuam no corpo-a-corpo e no dia-a-dia das comunidades e famílias. Essas equipes se deparam cotidianamente com resultantes de várias modalidades de violência. Sobre isso seria importante formular algumas perguntas: (1) Seria possível que esses programas e equipes fizessem vistas grossas às situações de violências que encontram? (2) Como essa questão deve ser encarada? (3) Nessa empreitada, que abordagem que oferece maiores chances de êxito, a da prevenção da violência ou a da promoção da cultura de paz? (4) Essa abordagem teria amparo na perspectiva da promoção da saúde?

11. *O papel dos profissionais de saúde é apenas atender às vítimas da violência.* Ao longo da última década, tem se firmado a consciência de que o setor Saúde não pode restringir-se apenas a registrar e atender às vítimas de violência, mas que deve adotar um papel mais ativo em distintas esferas (YUNES; RAJS, 1994). A Organização Mundial da Saúde reconhece que “*de maneira geral, a resposta do setor da saúde à violência é extremamente reativa e terapêutica*” (OMS, 2002, p. 3) e recomenda a busca de parcerias com outros setores e com a sociedade civil organizada. Na perspectiva da promoção da saúde, “*a paz e a segurança pessoal e política figuram entre os pré-requisitos básicos para a saúde*” (PAIM, NORONHA, MACHADO; NUNES, 2000, p. 6).

274

Nem a paz, nem as violências são atribuição ou domínio exclusivo do setor Saúde. É preciso reconhecer, entretanto, sua responsabilidade direta para com essas temáticas, já que sua missão é promover o bem-estar e a qualidade de vida da população. Para cumpri-la com efetividade, não poderá atuar isoladamente, mas sim, promovendo uma articulação “*inter-setorial, interdisciplinar, multiprofissional e com organizações da sociedade civil e comunitárias*” (MINAYO, 1994).

12. *Vamos inventar um projeto de prevenção da violência.* De fato, para se desenvolver um programa de prevenção da violência, ou de promoção da cultura de paz, é necessário criatividade. Entretanto, é fundamental garantir-se um profundo conhecimento do contexto local, já que não há fórmulas mágicas nem protocolos universais para atuação. Mas, não se trata de reinventar a roda: toda proposta deve partir das experiências e evidências já acumuladas, no Brasil e no exterior.

Ao rever e analisar os estudos inovadores sobre como tratar a violência relacionada à infância e à adolescência nas Américas, McAlister (1998) conclui que a abordagem da saúde pública é inovadora na medida em que combina múltiplas estratégias em populações inteiras e que os maiores resultados podem ser esperados quando diversas causas são trabalhadas simultaneamente. Segundo o referido autor, a redução da violência juvenil pode ser alcançada, em longo prazo, por meio da educação e da comunicação dirigidas à mudança de atitudes e ao desenvolvimento de habilidades, com as seguintes estratégias:

(1) educação e terapia direcionadas aos pais para melhorar as suas práticas na criação dos filhos;⁶

(2) educação e programas centrados nas escolas visando a alterar os fatores ambientais;

(3) programas que incluam escolas, meios de comunicação, organizações comunitárias e outros foros, num esforço para mudar atitudes, desenvolver habilidades e promover mudanças nas políticas sociais e nos ambientes (McALISTER, 1998).

Njaine e Minayo (2003) também ressaltam o papel da escola e da família, evidenciando a necessidade de levar em conta a complexidade das manifestações da violência. O lugar da escola e o da família são enaltecidos como espaços privilegiados de mediação. Mas, é necessário que essas instituições caminhem juntas, buscando principalmente estabelecer uma relação respeitosa com os jovens.

O papel da família é novamente evidenciado quando pesquisas demonstram que os adolescentes que foram vítimas de violência em sua infância carregam o mais alto risco de se tornarem seus perpetradores, evidenciando-se um ciclo intergeracional de perpetuação da violência (McALISTER, 1998). É possível depreender que a prevenção da violência contra crianças e adolescentes poderá ter, em longo prazo, significativo impacto social quando se investir em programas de aprimoramento da paternidade e da maternidade.

13. *Violência é um problema das ruas. Não tem nada a ver com a escola.* As inter-relações entre escola e violência são múltiplas e dialéticas. As violências que ocorrem no seio das famílias e nos bairros onde vivem os estudantes se refletem diretamente no meio escolar. Um ambiente estudantil violento prejudica a capacidade de aprendizado, provoca absenteísmos e cancelamento de atividades, o que aumenta as chances de repetência e de evasão. Por sua vez, o fracasso escolar pode levar à frustração, agressividade e aumentar o clima de violência. Tanto a delinquência quanto a violência nos colégios reduzem o vínculo do adolescente com a escola (CARDIA, 1999), repercutem nos professores e os deixam insatisfeitos, sentindo-se impotentes e amedrontados. Muitos são vítimas de ameaças recebidas de alunos, prejudicando-lhes a liberdade de ação e riscos de ir e vir ao local de trabalho. Os pais dos jovens, por sua vez, sentem-se preocupados quando não reconhecem na escola um ambiente seguro para seus filhos.

Além dos problemas descritos anteriormente, estudantes que se evadem da escola, faltam às aulas ou têm uma pobre auto-imagem acadêmica apresentam maiores probabilidades de se engajar em comportamentos de risco. Por outro lado, *“intervenções que aumentam as conquistas acadêmicas dos estudantes e o tempo de escolarização podem reduzir a incidência da violência durante a infância e posteriormente”* (McALISTER, 1998, p. 40). Os resultados do estudo conduzido no Brasil por Abramovay *et al.* (1999) vão na mesma direção, sugerindo mesmo

⁶ O Instituto Nacional de Educação para a Paz e os Direitos Humanos já desenvolveu dois programas direcionados à capacitação de pais e mães, com excelentes resultados. O primeiro, em parceria com o Anima Mundi Instituto de Desenvolvimento Humano e Social, acumula nove anos de experiência e mais de 5.000 participantes, e encontra-se sistematizado no manual *Educar é Ensinar a Viver*, de autoria de Luis Henrique Beust (Edições Inpaz, no prelo). O segundo programa, *Quero uma Vida Melhor para meus Filhos*, teve início em 1999, na periferia de Salvador e, desde então, já envolveu mais de 2.000 pessoas. Uma descrição deste encontra-se no site: www.inpaz.org.br.

que “a inserção escolar pode representar um fator significativo de proteção contra o envolvimento com gangues, bem mais relevante do que a inserção no trabalho” (Ibidp. 103).

Ao entrar na escola, a criança leva consigo um conjunto único de características pessoais, experiências de vida, capacidades já desenvolvidas e potencialidades. Sabe-se que a violência intrafamiliar prejudica a auto-estima da criança ou do adolescente e lhe ensina a agressão como modelo de relacionamento interpessoal. Ao chegar à escola, ela pode apresentar, por consequência, dificuldade de aprender e muita agressividade ou ressentimento contido, os quais podem resultar em desempenho acadêmico fraco e comportamentos anti-sociais. Por um lado, o fracasso escolar deteriora a sua auto-estima e gera sentimentos de inferioridade e revolta, que podem se expressar em uma intensificação dos comportamentos violentos. Por outro lado, a agressividade do aluno leva à sua estigmatização e gradativa exclusão, por parte de colegas, professores e dirigentes escolares, podendo resultar em repetência, evasão ou expulsão. Por fim, ao tomar conhecimento das dificuldades da criança em sua vida escolar, muitos pais fazem uso da violência como punição, agravando mais ainda o quadro (MILANI, 2003).

Se, além da violência intrafamiliar, essas crianças ou adolescentes são testemunhas ou vítimas de violência em seu bairro, seus problemas tendem a se agravar, repercutindo no desempenho acadêmico e no engajamento nas atividades escolares, acarretando consequências indesejáveis, como a repetência (CARDIA, 1997). A experiência escolar, via de regra, marca profundamente a vida de crianças e adolescentes. Provavelmente, menos pelo conteúdo das disciplinas lecionadas e mais por ser uma grande vivência de socialização e convívio com as diferenças, esse é espaço de oportunidades para exercitar capacidades, tais como ouvir, negociar, ceder, participar e cooperar, bem como de interagir com adultos e identificar novos modelos de referência (MILANI, 2004b).

As pesquisas anteriormente citadas evidenciam que os programas e os profissionais de saúde precisam reconhecer na escola uma parceira fundamental na prevenção das violências. Não apenas as escolas formais, mas também outros espaços educativos, tais como projetos sociais, organizações não-governamentais, grupos jovens e associações comunitárias, onde crianças e adolescentes se reúnem para aprender, se divertir e conviver. No Brasil inteiro há escolas e ONGs que desenvolvem trabalhos inovadores na promoção de valores condizentes com uma cultura de paz e conducentes a ela.

Conclusões

É imprescindível que cada profissional, cada equipe ou unidade de saúde tome a decisão pessoal e coletiva de enfrentar as violências que atingem crianças e adolescentes. Respostas como a omissão, o silêncio, a negligência ou o “faz-de-conta que não está vendo” são inaceitáveis, tanto do ponto de vista da ética profissional e da moral, quanto do ponto de vista legal.

Na prática, quando o profissional de saúde escolhe a omissão como resposta, ele está protegendo o adulto agressor ao invés da criança. O Estatuto da Criança e do Adolescen-

te define tal postura como infração administrativa (ECA, artigo 245). Até mesmo os casos em que não há uma confirmação, mas apenas suspeita de maus-tratos contra criança ou adolescente deverão ser “obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais” (ECA, artigo 13), uma vez que “é dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor” (ECA, artigo 18).

Este trabalho é dedicado, com afeto e admiração, a Geandra.

Meus sinceros agradecimentos: a Ana Cecília de Sousa Bastos (orientadora), Rita de Cássia Dias de Pereira Jesus, Miriã Alcântara e Eduardo José dos Santos (preciosos amigos), por suas inestimáveis contribuições na elaboração de minha tese; a Thereza de Lamare Franco Netto e Ana Sudária de Lemos Serra, da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, pelo apoio e encorajamento que têm me concedido; e a Adriana Camilo, pela revisão deste texto.

Referências bibliográficas

ABRAMOVAY, M. et al. *Gangues, galeras, chegados e rappers: juventude, violência e cidadania nas cidades da periferia de Brasília*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DOS DIREITOS DA INFÂNCIA (Andi). *Balas perdidas: um olhar sobre o comportamento da imprensa brasileira quando a criança e o adolescente estão na pauta da violência*. Brasília: Andi; Departamento da Criança e do Adolescente do Ministério da Justiça; Amencar, 2002.

AMORIM, K. S.; ROSSETTI-FERREIRA, M. C. A matriz sócio-histórica. In: ROSSETTI-FERREIRA, M. C. et al. (Org.). *Rede de significações e o estudo do desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ASSIS, S. G. *Traçando caminhos em uma sociedade violenta: a vida de jovens infratores e seus irmãos não-infratores*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

BASTOS, A. C. S. et al. *O adolescente autor de ato infracional: uma análise das ações socio-educativas públicas na Segunda Vara da Infância e da Juventude de Salvador entre 1996 a 2002: relatório de pesquisa*. [Salvador]: Tribunal de Justiça da Bahia, out. 2003.

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei n.º 8.069 de 1990. Brasília: Ministério da Justiça, [1990?].

BRONFENBRENNER, U. *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1996.

CARDIA, N. A violência urbana e a escola. *Revista Contemporaneidade e Educação*, ano 2, n. 2, set. 1997.

_____. *Pesquisa sobre atitudes, normas culturais e valores em reação à violência em 10 capitais brasileiras*. Brasília: Ministério da Justiça, 1999. 118 p.

COSTA, A. C. G. *Protagonismo juvenil: adolescência, educação e participação democrática*. Salvador: Fundação Odebrecht, 2000.

KNOBEL, M. A síndrome da adolescência normal. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. (Ed.). *Adolescência normal*. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

LEVISKY, D. L. (Org.) *Adolescência e violência: ações comunitárias na prevenção: conhecendo, articulando, integrando e multiplicando*. São Paulo: Casa do Psicólogo; Hebraica, 2001.

MARTUCCELLI, D. Reflexões sobre a violência na condição moderna. *Tempo Social, Revista de Sociologia da USP*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 157-175, 1999.

McALISTER, A. *Juvenile violence in the Americas: innovative studies in research, diagnosis and prevention*. Washington: Pan-American Health Organization, 1998.

MILANI, F. M. Cultura de paz versus violências: papel e desafios da escola. In: ———; JESUS, R. C. D. P. (Org.). *Cultura de paz: estratégias, mapas e bússolas*. Salvador: INPAZ, 2003. p. 63-94.

_____. *Cultura de paz x violências: a saúde e cidadania do adolescente em promoção*. Tese (Doutorado)– Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2004.

_____. *Tá combinado! Construindo um pacto de convivência na escola*. Salvador: Inpaz, 2004.

278

MINAYO, M. C. S et al. *Fala, galera: juventude, violência e cidadania*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

_____. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 7-18, 1994. Supl. 1.

NJAINE, K.; MINAYO, M. C. S. Violência na escola: identificando pistas para a prevenção. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 7, n. 13, ago. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório mundial sobre violência e saúde: uma síntese*. Genebra: World Health Organization, 2002.

PAIM, J. S. et al. *Plano intersetorial e modular de ação para a promoção da paz e da qualidade de vida na cidade do Salvador*. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva; Universidade Federal da Bahia. 2000. 52 p. Mimeografado.

ROSSETTI-FERREIRA, M. C. et al. Tecendo a rede de significações: fios e alinhavos. In: _____. et al. (Org.). *Rede de significações e o estudo do desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SANTANA, F. S.; KALIL, M. E. X.; OLIVEIRA, Z. C. *O rastro da violência em Salvador II: Mortes de residentes em Salvador de 1998 a 2001*. Salvador: FCCV; DICS; SESAB; Unicef; IMLNR; UFBA, 2002.

SOARES, L. E. Perspectiva de implantação de uma Política Nacional de Segurança Pública e de Combate à Violência. In: BRASIL. Câmara dos Deputados. Coordenação de Publicações. *Violência urbana e segurança pública*. Brasília: Câmara dos Deputados, 2002. p. 40-46.

SOUSA, V. de. *Programa de formação de adolescentes voluntários*. Módulo 1: O adolescente como protagonista. Salvador: Fundação Odebrecht; São Paulo: Programa Voluntários, 1999.

SPOSITO, M. P. As vicissitudes das políticas públicas de redução da violência escolar. In: WESTPHAL, M. F. (Org.). *Violência e criança*. São Paulo: Edusp, 2002.

VALSINER, J. *Culture and human development: an introduction*. London: Sage. 2000.

WAISELFISZ, J. J. *Mapa da violência: os jovens do Brasil*. Rio de Janeiro: Garamond, 1998.

YUNES, J.; RAJS, D. Tendencia de la mortalidad por causas violentas en la población general y entre los adolescentes y jóvenes de la región de las Américas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 10, p. 88-125, 1994. Supl. 1.



CAPÍTULO XXV

Informações Sistematizadas: Instrumento de Prevenção da Violência e de Promoção da Saúde

Márcia Helena G. Rollemberg¹

Introdução

O acesso à informação é condição essencial para a vida em sociedade, e a possibilidade de se obter o conteúdo certo, na forma adequada e com a agilidade necessária, configura-se como elemento determinante para a ação cidadã e para o aprofundamento das diversas áreas do conhecimento e da atividade humana.

Nas estratégias de defesa da vida e de proteção aos direitos humanos, a disponibilidade de informações potencializa a ação do poder público e da própria sociedade para permitir uma visão diversificada dos fatos e dos acontecimentos, possibilitar a crítica e assim contribuir para a justiça social. Para as autoridades, profissionais e cidadãos que lidam com situações de violência, o acesso à informação em tempo real, ou seja, no exato momento em que o fato ocorre, pode significar a possibilidade de salvar vidas, de fazer valer direitos e de garantir a integridade física e psicológica das pessoas.

Dentro dos recursos disponíveis ao enfrentamento da violência e à proteção dos direitos humanos, a utilização das novas tecnologias de comunicação e de informação para o fortalecimento dos movimentos e redes sociais em defesa da vida é crucial, pois ao dar visibilidade a denúncias e ações, a sociedade amplia seu poder de mobilização, de intervenção e de transformação. Isso porque os modernos meios de comunicação, com destaque para os serviços de telecomunicações, a mídia e a internet, possibilitam maior conectividade entre instituições, serviços públicos, universidades, centros de pesquisa, conselhos tutelares, profissionais, especialistas, associações, movimentos, instrumentalizando as redes sociais e favorecendo uma atuação conjunta, especializada, ampla e efetiva, tal como já foi referenciado anteriormente neste livro.

A ação governamental tem, assim, importante papel no sentido de sistematizar e garantir o acesso às informações sobre temas de importância e interesse para a sociedade, de forma que se estabeleçam o debate público, o intercâmbio e a produção de conhecimento que, por sua vez, retorne aos gestores governamentais e às instituições da sociedade civil, em forma de subsídio para a ação intra e intersetorial, e à população, por meio de serviços que lhe são necessários e devidos.

¹ Márcia Helena G. Rollemberg, Coordenadora-Geral de Documentação e Informação do Ministério da Saúde. Bacharel em Serviço Social e Licenciada em Artes Plásticas.

Muito ainda há de se avançar nos caminhos conceituais, técnicos e práticos de provimento de informações devidas ao cidadão. O acesso à divulgação científica se processa de forma mais sistematizada porque a academia, historicamente, criou seus próprios ritos e disponibiliza em bases de dados a literatura especializada. Contudo, na área institucional pública, o conhecimento gerado ainda está muito disperso. Necessita de normalização e de sistematização, de tal forma que sirva como instrumento de gestão, de atuação profissional e de decisão política, e possibilite efetivar a ação de controle social do cidadão comum, do conselheiro e dos usuários dos serviços públicos e privados.

O exemplo de organização e de sistematização a seguir parte da experiência técnica da pesquisa de informações para construir a Mostra Cultural Sociedade Viva – Violência e Saúde, inaugurada pelo Ministério da Saúde em 2003².

Diante dos desafios colocados pela complexidade do tema, fez-se um primeiro esforço no sentido de sistematizar informações produzidas em diversas áreas, governamentais e não-governamentais. Além disso, buscou-se dar sustentação ao processo de captação de informações e conhecimentos atualizados e promover, de forma sistemática, o intercâmbio entre cidadãos, profissionais e entidades públicas e civis, ampliando sua capacidade de atuação.

O resultado desse trabalho indicou que é de relevância compartilhar a significativa coleção de iniciativas, de legislação, de publicações, de vídeos e experiências bem-sucedidas identificadas, de forma a fortalecer a rede de pessoas e entidades que atuam nessa área. É o que fazemos, apresentando a seguir alguns caminhos para a pesquisa e acesso às informações nesse campo.

282

1 Temas relativos ao universo de violações dos direitos humanos³

- discriminação de raça, gênero, religião e opção sexual;
- dificuldades de acesso à justiça e impunidade generalizada, afetando especialmente os mais pobres;
- abuso aos direitos, em especial das crianças;
- desigualdades socioeconômico-culturais; e
- incapacidade do Estado em controlar a violência e os atos ilícitos.

2 Legislação

Disponível no sítio da Biblioteca Virtual de Direitos Humanos da USP <http://www.direitoshumanos.usp.br>. O usuário encontrará, aí, toda a legislação internacional e nacional relativa aos direitos humanos: declarações, convenções, os direitos humanos na Constituição

² Atualmente a mostra está em itinerância pelo país, agregando parcerias e formentando o debate junto ao público, a qual pode ser acessada por meio do sítio: <http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/exposicoes/sociedade/index.html>.

³ Manual de Redes Sociais e Tecnologia, pág. 9.

Brasileira e no Estatuto da Criança e do Adolescente, dentre outros. Abaixo, relacionam-se alguns documentos importantes:

- Declaração Universal dos Direitos da Criança;
- Assembléia Geral da ONU, Nova Iorque, 1959;
- Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração da Justiça da Infância e da Juventude, Regras de Beijing, 1985;
- Regras das Nações Unidas para a Proteção de Menores Privados de Liberdade;
- Assembléia Geral da ONU, Nova Iorque, 1990;
- Convenção sobre os Direitos da Criança. Assembléia Geral da ONU, Nova Iorque, 1989;
- Convenção Americana de Direitos Humanos, 1969;
- Declaração sobre os princípios sociais e jurídicos relativos à proteção e ao bem-estar das crianças, com particular referência à adoção e à colocação em lares de guarda, nos planos nacional e internacional. Assembléia Geral da ONU, Nova Iorque, 1986;
- Convenção Relativa à Proteção das Crianças e à Cooperação em Matéria de Adoção Internacional. Assembléia Geral da ONU, Nova Iorque, 1995;
- Constituição Federal de 1988;
- Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n.º 8.069, de 13/7/1990, Brasília, DF (atualizada de acordo com a Lei n.º 10.764, de 12/11/2003);
- Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, Portaria MS/GM n.º 737, de 16/5/2001, Brasília, DF;
- Estatuto do Idoso, Lei n.º 10.741, de 1.º/10/2003;
- Estatuto do Desarmamento, Lei n.º 10.826, de 21/12/2003.

3 Organismos internacionais que atuam sobre a questão

- Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) – <http://www.unicef.org;>
- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) – <http://www.unesco.org;>
- Organização Mundial da Saúde (OMS) – <http://www.who.int/en;>
- Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) – <http://www.opas.org.br;>
- Organização das Nações Unidas (ONU) – <http://www.un.org;>
- Alto Comissariado das Nações Unidas para Direitos Humanos – <http://www.unhchr.ch;>
- Corte Européia de Direitos Humanos – <http://www.echr.coe.int;>

- Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) – <http://www.fnuap.org.br>;
- Organização Internacional do Trabalho (OIT) – <http://www.oit.org>;
- United Nation Development Fund for Women (Unifem) – <http://www.unifem.org>;

4 Órgãos governamentais que podem ser demandados

- Governo Federal – <http://www.brasil.gov.br>;
- Ministério da Justiça – <http://www.mj.gov.br>;
- Ministério da Educação – <http://www.mec.gov.br>;
- Ministério da Saúde – <http://www.saude.gov.br>;
- Ministério da Previdência Social – <http://www.mpas.gov.br>;
- Ministério do Trabalho e Emprego – <http://www.mte.gov.br>;
- Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres – <http://www.presidencia.gov.br/sp-mulheres>;
- Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – <http://www.planalto.gov.br/seppir>;
- Secretaria Especial dos Direitos Humanos – <http://www.planalto.gov.br/sedh>;
- Senado Federal – <http://www.senado.gov.br>;
- Câmara Federal – <http://www.camara.gov.br>;
- Comissão de Direitos Humanos – <http://www.camara.gov.br/cdh>;
- Polícia Federal, Divisão dos Direitos Humanos (DDH) – (61) 311-8705;
- Ministério do Planejamento – www.planejamento.gov.br;

4.1 Programas e projetos governamentais

Brasil de Todos, PPA 2004-2007 – <http://www.planejamento.gov.br>.

- Erradicação do Trabalho Infantil, Ministério da Assistência Social;
- Proteção Social à Infância, Adolescência e Juventude, Ministério da Assistência Social;
- Brasil Escolarizado, Ministério da Educação;
- Educação na Primeira Infância, Ministério da Educação;
- Alimentação Saudável, Ministério da Saúde;
- Atenção à Saúde da População em Situação de Violência e Outras Causas Externas, Ministério da Saúde;

- Atendimento Socioeducativo do Adolescente em Conflito com a Lei, Secretaria Especial de Direitos Humanos, Presidência da República;
- Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes (SEDH/PR);
- Promoção e Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (SEDH/PR).

Plano Presidente Amigo da Criança e do Adolescente, Secretaria Especial de Direitos Humanos, Presidência da República – <http://www.planalto.gov.br/sedh>.

4.2 Conselhos

- Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana (CDDPH) <http://www.presidencia.gov.br/sedh/cddph>
- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) <http://www.presidencia.gov.br/sedh/conanda>
- Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD) <http://www.presidencia.gov.br/sedh/cncd>
- Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência (Conade) <http://www.presidencia.gov.br/sedh/conade>
- Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI) <http://www.presidencia.gov.br/sedh/cndi>
- Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNMD) <http://www.presidencia.gov.br/spmulheres/cnmd>

4.3 Comissões parlamentares

Comissão parlamentar é um órgão temático do Congresso Nacional encarregado de apreciar e deliberar sobre determinado assunto submetido ao seu exame. É permanente quando integra a estrutura institucional da Casa e temporária quando criada para apreciar um tópico específico. Extingue-se ao término da legislatura ou quando alcançado o fim a que se destina, ou quando expirado o seu prazo de duração. O acesso às seguintes comissões em vigor pode ser feito pelo sítio: <http://www.camara.gov.br/internet/comissao/default.asp>.

- Direitos Humanos (CDH);
- Educação e Cultura (CEC);
- Combate à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes;
- Segurança Social e Família (CSSF);
- Segurança Pública, Combate ao Crime Organizado, Violência e Narcotráfico (CSPC-COVN);
- Comissão de Participação Legislativa.

4.4 Frentes parlamentares

Endereço de acesso: <http://www.camara.gov.br/internet/deputado/frentes.asp>

- Adoção;
- Combate à Fome, à Pobreza e à Miséria;
- Defesa da Igualdade Racial;
- Defesa das Políticas Públicas para a Juventude;
- Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente;
- Erradicação do Trabalho Escravo e do Trabalho Infantil.

5 Redes de direitos humanos

Constituem-se em conjuntos de articulações e espaços de mobilização social, política e cultural que visam a ampliar a luta pelos direitos humanos e cidadania em caráter local, nacional ou internacional. Seu principal objetivo é a implementação das lutas e conquistas dos direitos humanos em seu espaço de atuação, podendo estar inseridas dentro de um programa direcionador de ações.

286

5.1 Redes internacionais de direitos humanos

- Africa Pulse – <http://www.africapulse.org>
- Peoples' Global Action (AGP) – <http://www.agp.org>
- La Asociación para el Progreso de las Comunicaciones – <http://www.apc.org>
- Civicus – <http://www.civicus.org>
- Conectas – <http://www.conectas.org>
- Coalition for Networked Information – <http://www.cni.org>
- Global Internet Liberty Campaign (GILC) – <http://www.gilc.org>
- Internet Free Expression Alliance (IFEA) – <http://www.ifea.net>
- Internet Democracy Project – <http://www.internetdemocracyproject.org>
- Surnet – <http://www.surnet.org>

5.2 Redes nacionais de direitos humanos

- Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, estruturada pela Portaria MS n.º 936, de 18/5/2004, que dispõe sobre a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios, formulada e articulada no intuito de promover a disseminação do conhecimento e práticas bem-

sucedidas, que visam a assistir pessoas vivendo em situação de violência e segmentos populacionais sob risco. A intenção é unificar as práticas municipais, estaduais e federais para esse fim.

- Rede de Observatórios de Direitos Humanos – <http://www.spcv.org.br/OldSite/projetos/obs.htm>
- Rede de Atenção à Criança e ao Adolescente de Caxias do Sul (Recria) – <http://www.recria.org.br/>
- Rede Brasileira de Informação e Documentação sobre Infância e Adolescência (Rebidia) – <http://www.rebidia.org.br>
- Rede de Direitos Humanos e Cultura (DHnet) – <http://www.dhnet.org.br>
- Rede Nacional de Identificação e Localização de Crianças e Adolescentes Desaparecidos – <http://www2.mj.gov.br/desaparecidos>
- Rede Nacional de Direitos Humanos (RNDH) – <http://www.rndh.gov.br>
- Rede Governo – <http://www.redegoverno.gov.br>
- Rede de Informações para o Terceiro Setor (Rits) – <http://www.rits.org.br>
- AjudaBrasil – <http://www.ajudabrasil.com.br>
- Sampa.org – <http://www.sampa.org>

6 Organizações da sociedade civil

Caracterizam-se como instituições autônomas em relação ao Estado, sem fins lucrativos que contam com uma imensa dedicação voluntária. Têm como objetivo promover o desenvolvimento, apoiando-se em três alicerces: assessoria, organização popular e educação. A seguir, podem ser conhecidas algumas organizações da sociedade civil que atuam como importantes agentes sociais no Brasil:

- Associação Brasileira de Organizações Não-Governamentais (Abong) – <http://www.abong.org.br>
- Ações em Gênero, Cidadania e Desenvolvimento (Agende) – <http://www.agende.org.br>
- Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância (Abrapia) – <http://www.abrapia.org.br>
- Agência Nacional dos Direitos da Infância (Andi) – <http://www.andi.org.br>
- Centro de Referência às Vítimas de Violência (CNRVV) – Instituto Sedes Sapientae – <http://www.sedes.org.br>
- Centro Feminista de Estudos e Assessoria (CFEMEA) – <http://www.cfemea.org.br>
- Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (Crami) – <http://www.crami.org.br>

- Centro de Capacitação e Incentivo à Formação (Cecif) – <http://www.cecif.org.br>
- Cidadania, Estudos, Pesquisa, Informação e Ação (Cepia) – <http://www.cepia.org.br>
- Comissão Nacional dos Direitos Humanos da Ordem dos Advogados do Brasil (CNDH/OAB) – <http://www.oab.org.br/comissoes/cndh>
- Consórcio Universitário pelos Direitos Humanos – <http://www.consorciodh.org.br>
- Fórum Nacional Permanente de Entidades Não-Governamentais de Defesa dos Direitos de Crianças e Adolescentes – (61) 349-5202
- Fundação Instituto de Direitos Humanos – <http://www.idh.org.br>
- Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança – <http://www.fundabrinq.org.br>
- Médicos Sem Fronteiras – <http://www.msf.org.br>
- Nar-Anon – <http://www.naranon.org.br>
- Projeto Quatro Varas – <http://www.4varas.com.br>
- Instituto NOOS – <http://www.noos.org.br>
- Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) – <http://www.abbr.org.br>
- Grupo Arco-Íris – <http://www.arco-iris.org.br>
- Guia de Direitos Humanos Fontes para Jornalistas – <http://www.guiadh.org>
- Instituto Ayrton Senna – <http://senna.globo.com/institutoayrtonsenna/>
- Instituto Nacional de Educação para a Paz e os Direitos Humanos (Inpaz) – <http://www.inpaz.org.br>
- Missão Criança – <http://www.missaocrianca.org.br>
- Movimento Nacional dos Direitos Humanos (MNDH) – <http://www.mndh.org.br>
- Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua (MNMNR) – <http://www.mnmnr.org.br>
- Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo (NEV/USP) – <http://www.nev.prp.usp.br>
- Observatório de Violências nas Escolas – Brasil – <http://www.ucb.br/observatorio/news>
- Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, do Serviço Nacional Antidrogas (Obid/Senad) – <http://www.obid.senad.gov.br>
- Pastoral da Criança – <http://www.pastoraldacrianca.org.br>
- Pastoral do Menor – <http://www.pastoraldomenor.org.br>

7 Serviços de atendimento ao cidadão (disques)

Os “disques” são serviços de ouvidoria mantidos por instituições governamentais ou organizações da sociedade civil que tem por objetivo ajudar o cidadão, esclarecendo suas dúvidas sobre determinada questão ou direcionando-o para o órgão que possa fazê-lo da melhor forma possível.

1.	Brasil Alfabetizado	0800-61-6161
2.	Disque Saúde	0800-61-1997
3.	Disque Aids	0800-61-1997
4.	Disque Saúde Mulher	0800-644-0803
5.	Disque Agência Nacional de Saúde Suplementar	0800-701-9656
6.	Disque Fome Zero	0800-707-2003
7.	Disque Denúncia: Exploração Sexual Contra Crianças e Adolescentes	0800-99-0500
8.	SOS Tortura	0800-707-5551
9.	Disque Medicamento	0800-644-0644
10.	Disque Pare de Fumar	0800-703-7033
11.	Disque Transplante	0800-883-2323
12.	Disque Sistema Único de Saúde – SAC/SUS	0800-644-9000
13.	Disque Câmara	0800-61-9619
14.	Polícia Militar	190
15.	Disque Desarmamento	0800-729-0038
16.	Bombeiros	193
17.	Alô Trabalho	0800-61-0101
18.	Ministério da Educação	0800-61-6161
19.	Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão	(61) 3031-6100
20.	Senado Federal	0800-61-2211

8 Sítios de busca

Os sítios de busca na internet têm como objetivo facilitar a localização de informações. Acessando qualquer um desses endereços eletrônicos, basta ao usuário colocar uma palavra relacionada à informação que deseja obter (geralmente num espaço denominado “busca”) e dar “ok”. Um localizador realizará a busca automática.

- Yahoo – <http://www.yahoo.com.br>
- AltaVista – <http://www.altavista.com.br>
- Google – <http://www.google.com.br>
- Cadê – <http://www.cade.com.br>
- Vivísimo – <http://vivisimo.com>

- LIS, Localizador de Informação em Saúde Pública – <http://www.saude.gov.br/bvs>
 - O LIS-SP – “Sítios em Saúde Pública” – é o portal da Biblioteca Virtual em Saúde Pública. Contém o catálogo de fontes de informação sobre o tema disponível na internet e selecionado segundo critérios de qualidade. Descreve o conteúdo dessas fontes e oferece os respectivos endereços na internet. O LIS pode ser acessado por meio do sítio da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde (BVS MS).

9 Sistemas de informações⁴

Os sistemas de informações proporcionam a obtenção regular de dados, a produção de estatísticas em diversos temas e a construção de indicadores, permitindo estudos estatísticos, sociodemográficos e epidemiológicos.

- O acesso aos sistemas de informações do Ministério da Saúde pode ser feito por meio do sítio <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>:
 - Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS/MS);
 - banco de dados estatísticos sobre morbidade por atendimento ambulatorial;
 - Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS/MS);
 - banco de dados estatísticos sobre morbidade por atendimento hospitalar;
 - Sistema de Informação de Mortalidade (SIM/SUS/MS);
 - banco de dados estatísticos sobre mortalidade em geral, incluindo a mortalidade por causas externas;
- Sistema de Informação para a Infância e Adolescência (Sipia). Sistema da Secretaria Especial de Direitos Humanos que sistematiza informações sobre crianças e adolescentes cumprindo medidas socioeducativas e crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos. Acesso pelo sítio: <http://www2.mj.gov.br/sipia>;
- Sistema Nacional de Estatísticas de Trânsito do Departamento Nacional de Trânsito (Sinet/Denatran). Disponibiliza informações sobre colisões e mortalidade por acidentes com morte no local, nas capitais brasileiras, sistematizadas em anuários estatísticos que podem ser consultados no sítio: <http://www.denatran.gov.br/estatisticas.htm>.

10 Centros de informação

- Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, da Organização Pan-americana de Saúde (Bireme/Opas) – <http://www.bireme.br>. Centro especializado da Opas que desenvolve Tecnologias de Informação e metodologias com-

⁴ Manual de Redes Sociais e Tecnologia, pág. 14.

partilhadas para a gestão da informação e do conhecimento em saúde para a América Latina e Caribe. Disponibiliza literatura especializada, diretório de eventos, publicações em textos completos e as principais bases de dados bibliográficas da região;

- Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli – Fundação Oswaldo Cruz (Claves/Fiocruz) – <http://www.claves.fiocruz.br>. Além de um centro de documentação acessível a qualquer pessoa que queira estudar temas relacionados à violência e a seu impacto sobre a saúde. Contém um acervo de todas as teses e dissertações produzidas nos programas de pós-graduação em saúde coletiva no País até o ano de 2000. Em seu sítio, estão boletins com análises epidemiológicas sobre violências e acidentes, e há, em forma de resumo, mais de 500 referências de artigos, livros e teses, atualizadas, disponíveis para pesquisas e análises.

11 Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde

Dentre os diferentes setores que compõem a estrutura organizacional do Ministério da Saúde, a Coordenação-Geral de Documentação e Informação (CGDI) tem a missão de democratizar o acesso à informação em saúde e coordenar a gestão da documentação institucional. Sua responsabilidade é manter atualizados os acervos físico e eletrônico da biblioteca institucional, bem como disseminar informações e prestar atendimento ao público.

A Biblioteca do MS dispõe de cerca de 25 mil títulos, com destaque para 6 mil títulos da memória técnica, cuja referência e textos completos da produção atual, além de bases de dados com materiais audiovisuais como cartazes, vídeos de campanhas e vídeos educativos, estão disponíveis para consulta via internet, por meio do sítio da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde (BVS MS): <http://www.saude.gov.br/bvs>. Nesse endereço, o usuário pode receber atendimento personalizado, acessar a legislação e uma lista de diferentes fontes e bases de dados de informações em saúde. Deve-se ressaltar o serviço de pesquisa, no qual se pode localizar e consultar artigos científicos sobre saúde pública, produzidos na América Latina e no Caribe, e em outros países, disponibilizados pelas bases de dados gerenciadas pela Bireme/Opas, pela Lilacs e pelo Scielo, e por outros órgãos, como o Medline e a biblioteca Cochrane.

291

12 Mostra Sociedade Viva – Violência e Saúde

A Coordenação-Geral de Documentação e Informação da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde coordena o Centro Cultural da Saúde, com sede no Rio de Janeiro. Este tem por missão integrar os campos da informação e da comunicação, utilizando-se de uma linguagem criativa que permita ao público conhecer e compreender aspectos históricos, sociais, políticos e científicos da saúde pública no Brasil. O Centro tem como estratégia principal a realização de mostras locais, virtuais e itinerantes sobre temas de saúde pública. No ano de 2003, em parceria com a Coordenação-Geral de Prevenção à Violência e Causas Externas do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, realizou-se uma mostra específica sobre violência, a qual se encontra em itinerância em outros municípios brasileiros e pode ser visitada no sítio <http://www.ccs.saude.gov.br>.

A Mostra Sociedade Viva – Violência e Saúde reúne informações em diferentes suportes e é o primeiro esforço para pesquisar e sistematizar um conjunto de informações e dados específicos sobre o tema, que possam servir de referência aos profissionais da área de saúde e a outros que lidam com violências e acidentes no Brasil. Sempre dentro de uma abordagem inter e intra-setorial, a proposta disponibiliza um volume considerável de informações, com acesso integral ao texto de legislações de interesse, publicações, notícias e iniciativas governamentais e não-governamentais. Visa a agregar novas informações por meio do processo de itinerância e de permanente pesquisa e aprimoramento, o que inclui a perspectiva de desenvolvimento de um recorte temático dentro da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, e possibilita o acompanhamento da dinâmica de produção de conhecimento e informação nessa área.

Como produto dessa experiência, estão sendo realizados vários debates, eventos culturais, oficinas e palestras. Inicialmente, foi coletado um universo de informações de interesse que englobou 130 textos em formato digital, 140 publicações em formato impresso, 60 declarações e convenções de entidades e organismos internacionais, 87 iniciativas governamentais, 55 iniciativas não-governamentais, 100 atos normativos referentes aos temas tratados pela mostra, além de nove serviços nacionais e 280 serviços locais de atendimento ao cidadão, sendo 160 referentes ao Estado do Rio de Janeiro, onde a mostra foi inaugurada, 26 serviços referentes ao Estado do Rio Grande do Norte e 94 serviços referentes ao Estado de Pernambuco, locais de itinerância da mostra no ano de 2004, além do Estado de Mato Grosso do Sul. O processo é dinâmico e sempre envolve entidades governamentais, serviços de interesse público e os movimentos sociais, visando a fortalecer a Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde.

A seguir são apresentadas algumas publicações que possuem caráter instrumentalizador, consideradas como material de destaque dentre as informações coletadas na etapa de estruturação da mostra:

- *Guia de Atuação Frente a Maus-Tratos na Infância e na Adolescência* – Orientações para Pediatras e demais Profissionais que Trabalham com Crianças e Adolescentes (Sociedade Brasileira de Pediatria). O manual para pediatras e outros profissionais de saúde, com o objetivo de orientá-los na assistência a crianças e adolescentes vítimas da violência e na notificação dos casos aos órgãos competentes, apresenta os principais conceitos relacionados ao tema e orienta procedimentos como anamnese, atendimento clínico das vítimas e notificação de casos.
- *O que é a Violência Doméstica contra a Criança e o Adolescente* – Marcelo Neumman – Texto conceitual que aborda e discute os tipos de violência.
- *Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes* – Norma Técnica do Ministério da Saúde que regulamenta a organização da atenção às mulheres vítimas da violência.

- *Indicadores de Violência Intrafamiliar e Exploração Sexual Comercial de Crianças e Adolescentes* – Relatório de Oficina de Trabalho realizada pelo Centro de Referência, Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes (Cecria) com o objetivo de discutir conceitos e metodologias que possam fundamentar a construção de indicadores de violência intrafamiliar e exploração sexual comercial de crianças.
- *Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências* – Documento que apresenta a Política aprovada pelo Ministério da Saúde, em 16 de maio de 2001, com o objetivo de organizar a atenção à saúde no que concerne aos aspectos de promoção, prevenção, assistência e reabilitação.
- *Abuso Sexual, Mitos e Realidade: Por quê?! Quem?! Como?! O quê?!* – Cartilha desenvolvida pela Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (Abrapia) com o objetivo de estimular a discussão sobre o abuso sexual de crianças e adolescentes e sensibilizar profissionais de diferentes áreas para a prevenção de situações de risco e tratamento das vítimas.
- *Protegendo Nossas Crianças & Adolescentes* – Cartilha produzida pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, destinada aos pais, orientando-os sobre a problemática da violência intrafamiliar e as formas de prevenção e de lidar com os conflitos.
- *Notificação de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes* – Manual do Ministério da Saúde destinado a orientar a ação dos profissionais de saúde na abordagem de casos de violência intrafamiliar e apresentar proposta de notificação de maus-tratos.

As publicações relacionadas acima se encontram disponíveis no site da mostra Sociedade de Viva: <<http://www.ccs.saude.gov.br>>.

Referências bibliográficas

ADORNO, Sérgio; CARDIA, Nancy. Nota de apresentação. temas e tendências violência. *Revista da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência*, ano 54, n. 1, jul./ago./set. 2002. O texto apresenta uma relação de temas e bibliografia de referência no campo da violência no Brasil.

GOUVÊA, Carlos Portugal; VIDIGAL, Fernanda Rezende, KNOOP, Joachim. Manual de redes sociais e tecnologia (Coord.) [São Paulo] : [Conectas], 2003. 93 p.

AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DOS DIREITOS DA INFÂNCIA (Andi); FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (Unicef). *Saúde em pauta: doença e qualidade de vida no olhar da imprensa sobre a infância*. São Paulo: Andi; Unicef; Cortez, 2003. (Série Mídia e Mobilização Social; v. 1). [Coord. Veet Vivarta].

_____; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (Unicef). *Cidadania antes dos 7 anos: a educação infantil e os meios de comunicação*. São Paulo: Cortez, 2003. (Série Mídia e Mobilização Social; v. 2). [Coord. Veet Vivarta].

_____; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (Unicef). *Equilíbrio distante. Tabaco, álcool e adolescência no jornalismo brasileiro*. São Paulo: Cortez, 2003. (Série Mídia e Mobilização Social; v. 3). [Coord. Veet Vivarta].

_____; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (Unicef). *Que país é este? Pobreza, desigualdade e desenvolvimento humano & social no foco da imprensa brasileira*. São Paulo: Cortez, 2003. (Série Mídia e Mobilização Social; v. 4). [Coord. Veet Vivarta].

_____; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (Unicef). *O grito dos inocentes. Os meios de comunicação e a violência sexual contra crianças e adolescentes*. São Paulo: Cortez, 2003. (Série Mídia e Mobilização Social; v. 5). [Coord. Veet Vivarta].

LISTA DE SIGLAS

AAF	– Ambulatório de Atendimento à Família
Abrasco	– Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Abrapia	– Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência
Alivi	– Associação Aliança pela Vida
Andi	– Associação Nacional dos Direitos da Infância
Cais	– Centro de Atendimento Integral à Saúde
Caps	– Centro de Atenção Psicossocial
Caps-AD	– Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
Caps-I	– Centro de Atenção Psicossocial – Infanto-Juvenil
Ciams	– Centro de Assistência Médico Sanitário
Cimp	– Centro Integrado Médico Pedagógico
CVV	– Centro de Valorização da Vida
CEDAW	– Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CRC	– Caminho de Renovação Contínua
CEP-RUA	– Centro de Estudos Psicológicos de Meninos e Meninas de Rua
CF	– Constituição Federal
CFM	– Conselho Federal de Medicina
CID-10	– Classificação Internacional das Doenças
Claves	– Centro Latino-Americano de Estudos Sobre Violência e Saúde Jorge Careli
CNBB	– Confederação Nacional dos Bispos do Brasil
CNPq	– Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Conanda	– Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
Conasems	– Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Copom	– Centro de Operações da Polícia Militar
Coppe	– Coordenação dos Programas de Pós-Graduação de Engenharia
CP	– Código Penal
CT	– conselho tutelar
CTA	– Centro de Testagem e Aconselhamento
CUT	– Central Única de Trabalhadores
Datasus	– Departamento de Informática do SUS
DIP	– Doenças Infecciosas e Parasitárias
DST	– Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	– Estatuto da Criança e do Adolescente
ENCP	– Encefalopatia Crônica Não-Progressiva
ENSP	– Escola Nacional de Saúde Pública
EUA	– Estados Unidos da América
Faperj	– Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio de Janeiro
Febem	– Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor
FIA	– Fundação da Infância e da Adolescência
Fiocruz	– Fundação Oswaldo Cruz
Fumdec	– Fundação Municipal de Desenvolvimento Comunitário
HGVF	– Hospital Getúlio Vargas Filho
HIV	– Vírus da imunodeficiência humana (human immunodeficiency virus)
Hugo	– Hospital de Urgência de Goiânia

HUFM	– Hospital Universitário Francisca Mendes
HUAP	– Hospital Universitário Antônio Pedro
HUGV	– Hospital Universitário Getúlio Vargas
IPA	– International Psychoanalytical Association
IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFF	– Instituto Fernandes Figueira
IML	– Instituto Médico Legal
Inpaz	– Instituto Nacional de Educação para a Paz e os Direitos Humanos
ISC	– Instituto de Saúde Coletiva
IPPMG	– Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira
Lacri	– Laboratório de Estudos da Criança do Hospital das Clínicas da USP
MNMMR	– Movimento Nacional de Meninos e Meninas de Rua
NAP	– Núcleo de Apoio aos Profissionais que Atendem a Crianças e Adolescentes Vítimas de Maus-Tratos
Necasa	– Núcleo de Estudo e Coordenação de Ações para a Saúde do Adolescente
NEP	– Núcleo de Estudos e Pesquisa
Nutes	– Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde
OIT	– Organização Internacional do Trabalho
OMS	– Organização Mundial da Saúde
ONU	– Organização das Nações Unidas
Opas	– Organização Pan-Americana da Saúde
OVG	– Organização das Voluntárias de Goiás
Peti	– Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PMF	– Programa Médico de Família
PNAD	– Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSAS	– paciente suspeito de abuso sexual
PSF	– Programa Saúde da Família
PUC	– Pontifícia Universidade Católica
RedeSig	– Rede de Significações
Savas	– Serviço de Atendimento à Vítima de Agressão Sexual
SBP	– Sociedade Brasileira de Pediatria
SES	– Secretaria Estadual de Saúde
Sogep	– Sociedade Goiana de Psicodrama
SIM	– Sistema de Informações Sobre Mortalidade
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
SUS	– Sistema Único de Saúde
TAC	– Termo de Ajustamento de Conduta
UCG	– Universidade Católica de Goiás
Uerj	– Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFBA	– Universidade Federal da Bahia
UFG	– Universidade Federal de Goiás
UFRJ	– Universidade Federal do Rio de Janeiro
UnB	– Universidade de Brasília
Unesco	– Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
Unicef	– Fundo das Nações Unidas para a Infância
Unifem	– Fundo de Desenvolvimento das Nações Unidas para a Mulher
Usaid	– Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional
USP	– Universidade de São Paulo

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão e acabamento)

SIA, trecho 4, lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, abril de 2006

OS 0315/2006