



Avaliação do enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes: a experiência da Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos em uma Unidade de Saúde da Família da SER V

Evaluation of actions to cope with violence against children and adolescents: the experience of the Commission for Prevention of Abuse in a Health Unit in SER V district

Evaluación del enfrentamiento a la violencia contra los niños, niñas y adolescentes: la experiencia de la Comisión de Prevención de Abuso en una Unidad de Salud de la Familia de la SER V

Évaluation des actions pour faire face à la violence contre les enfants et les adolescents : l'expérience de la Commission de Prévention aux Mauvais Traitements dans une unité de santé de la famille de la région administrative SER V

*Aline Maria Freitas de Souza**
*Fernando José Pires de Sousa***

Resumo: Este artigo buscou compreender o processo de enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes no nível de atenção primária em saúde, no município de Fortaleza. O estudo constitui-se de uma pesquisa avaliativa, com abordagem quantiquantitativa e com análise crítico-reflexiva. O recorte empírico foi uma Unidade de Atenção Primária, situada no bairro Conjunto Esperança, da SER V, regional com mais crianças e adolescentes e com menores IDH do município. Nessa unidade, atua uma equipe multiprofissional que notifica, discute, monitora e acompanha as famílias com casos suspeitos de violência doméstica. As técnicas utilizadas foram a pesquisa bibliográfica e documental, a observação participante, o grupo focal, a entrevista em profundidade. Os sujeitos da pesquisa foram os participantes e seus familiares, acompanhados pela referida comissão, e os conselheiros tutelares. Acompanharam-se doze reuniões mensais da referida comissão no período de julho de 2012 a dezembro de 2013. Estes encontros foram gravados e transcritos.

* Mestre em Avaliação de Políticas Públicas pela Universidade Federal do Ceará (UFC/MAPP). Enfermeira da Secretaria Municipal de Fortaleza. E-mail: alineenfa12@gmail.com

** Professor da Universidade Federal do Ceará (UFC) e do Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas. Coordenador do Observatório de Políticas Públicas (OPP). E-mail: fjpires.s@gmail.com

Palavras-chave: Violência, cidadania, criança e adolescente, Saúde da família, avaliação, políticas públicas.

Abstract: The aim of the study was to understand the process of coping with violence against children and adolescents at the primary health care level, in Fortaleza. It is an evaluative survey based on a quantitative and qualitative approach, followed by a critical-reflexive analysis. It was carried out in a health unit of primary care level, located in 'Conjunto Esperança' neighborhood, in SER V, the district with the highest concentration of children and adolescents and the lowest HDI in Fortaleza. This unit has a multidisciplinary team that notifies, discusses, monitors, and keeps track of families with suspected cases of domestic violence. The techniques used were bibliographical and documentary research, participant observation, focus groups, and in-depth interviews. The research subjects were the participants of the aforementioned commission, family members accompanied by that committee, and guardianship counselors. From July 2012 to December 2013, twelve monthly meetings were observed, recorded, and later on, transcribed.

Keywords: Violence, citizenship, child and adolescent, Family Health, evaluation, public policy.

Introdução

A violência foi considerada “um problema de saúde pública” baseado no conceito de saúde ampliada contido na Constituição Federal de 1988, que inclui, além de questões médicas, aquelas relacionadas ao estilo de vida e ao conjunto de condicionantes históricos, sociais e ambientais. Dentre as múltiplas expressões de violência, a violência doméstica talvez seja a de mais difícil conhecimento e intervenção devido ao vínculo com o agressor. A inserção do setor saúde neste contexto faz-se por meio da Portaria MS/GM n.º 737, de 16 de maio de 2001, que implanta a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV), orientando a atuação do referido setor nesse contexto. A monitoração dos casos de acidentes e violências está entre as diretrizes da referida política, bem como a ênfase do investimento na atenção primária, intersetorialidade e fortalecimento da participação comunitária para o alcance da qualidade de vida. Dentre as recomendações, destaca-se a capacitação dos profissionais de saúde da família e agentes comunitários de saúde, bem como a utilização de um novo instrumento, a *Ficha de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências*, implantada de acordo com a Portaria MS/GM n.º 936, de 18 de maio de

2004, cuja função é quebrar a cadeia de violência ao ser encaminhada ao órgão da rede de proteção às vítimas de violência; no caso das crianças e adolescentes, o Conselho tutelar.

Este artigo é parte de minha dissertação de mestrado. Trata-se de uma abordagem qualitativa, com análise crítico-reflexiva que objetivou relatar o processo de enfrentamento às violências contra crianças e adolescentes na ótica dos profissionais e familiares em uma Unidade de Saúde da Atenção Primária do município de Fortaleza.

A referida Unidade está localizada na Secretaria Executiva Regional V (SER V) – Fortaleza, que utiliza uma Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes, composta por uma equipe multiprofissional com um pediatra, uma enfermeira, uma psicóloga, uma assistente social, uma educadora física, uma técnica de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde com a função de identificar, notificar, monitorar e encaminhar os casos ao Conselho Tutelar.

Esta é a Regional mais populosa de Fortaleza e também a mais pobre da Capital, com rendimentos médios de 3,07 salários mínimos. A SER V (2014, *on line*) também é uma das Regionais com perfil populacional dos mais jovens de Fortaleza: 44% da população têm até 20 anos. É ainda a área da Cidade com segundo maior índice de analfabetismo (17,83%), inferior apenas ao registrado pela Regional VI.

Não há como negar que, nas áreas mais pobres, existe maior concentração de conflitos¹. Esse universo pesquisado é conhecido por ter articulado vários movimentos sociais na prevenção às violências, como descrito a seguir:

[...] entender o caráter relacional sempre presente nos eventos violentos, que faz de todos nós, em algum momento ou situação, ora vítimas ora algozes. Investigar tanto as formas mais atroz e condenáveis para a opinião pública como situações não menos escandalosas, mas que são naturalizadas pela cultura, protegidas por ideologias e/ou instituições aparentemente respeitáveis, como a família, a escola, as empresas e o Estado (Minayo; Souza, 1998, p. 522).

Os casos suspeitos ou com sinais de violência mais citados foram os

relacionados a crianças com alterações de comportamento, sozinhas em casa, com caderneta de vacinas em atraso, com problemas de saúde e cujas mães não as levavam para consulta médica, e aquelas com marcas de abuso sexual.

As ações mais realizadas eram o agendamento de consulta com o pediatra ou com a psicóloga, a visita domiciliar da equipe, quando não era possível a ida da criança ou adolescente à Unidade. Alguns encaminhamentos à rede de proteção não obtiveram resposta. Muitas vezes, foram envolvidos os serviços na própria comunidade, como cabeleireiros, vereadores, comerciantes e outros.

As reuniões foram gravadas durante um ano e transcritas com base na observação participante. Elaborou-se um roteiro para ser utilizado em dois grupos focais com cinco profissionais de nível superior e cinco profissionais de nível médio, identificados no quadro como NS-1, NS-2, NS-3, NS-4, NS-5 e NM-1, NM-2, NM-3, NM-4, NM-5, respectivamente.

Foram realizadas entrevistas em profundidade com cinco familiares de crianças acompanhadas pela referida Comissão, sendo identificadas no quadro como E-1, E-2, E-3, E-4, E-5.

As temáticas lançadas para ambos foram a concepção e as causas das violências, as dificuldades e potencialidades, assim como a articulação com a rede de proteção às vítimas de violências e sugestões para uma melhor compreensão da política em nível local.

Em um primeiro contato, observou-se que os casos são registrados em Livro Ata, e nem todos foram notificados e encaminhados ao Conselho tutelar.

Tabela 21 – Distribuição dos casos acompanhados pela equipe da Comissão de Prevenção aos Maus-Tratos contra crianças e adolescentes na UAPS/SER V, no período de 2010 a 2013, município de Fortaleza.

TIPO DE VIOLÊNCIA	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Violência física		3		1	4
Violência física e negligência		1	1	1	3
Negligência		6	2	4	12
Negligência/Abandono		2			2
Violência Sexual		2			2
Trabalho infantil		1			1
Cárcere privado		1		1	2

Outros				
TOTAL	16	3	7	26

Fonte: Livro Ata, 2010/2013.

Na análise dos casos acompanhados pela equipe, os dados mais registrados e levados à Comissão na Unidade de Saúde foram a negligência e a violência física, como expostos no quadro anterior. Foi citado que os casos não notificados estavam geralmente relacionados ao uso de drogas por algum membro da família envolvida, já que eram identificados pelo Agente Comunitário de Saúde, que conhece e mora na comunidade.

Os casos de violência sexual eram os que causavam mais impacto. São também os que exigem ação mais imediata, devido aos procedimentos que podem ser realizados quanto à gravidez indesejada e à transmissão de possíveis DST/HIV. Em ambos os casos acompanhados, não houve notificação, em virtude de a criança ser acompanhada pela psicóloga. Sabe-se que o atendimento e tratamento deveriam ser dados ao agressor; porém, a política não contemplou esse aspecto.

A equipe discutia os riscos para o profissional e não notificava, mas acompanhava o caso focando os procedimentos relacionados aos programas de saúde, como o pré-natal, a imunização. Dessa forma, monitorava a família. Alguns casos foram denunciados de maneira anônima, por meio do Disque 100, já referido anteriormente.

Durante o acompanhamento dos casos, foi citada como comum a revitimização na família, na escola ou na rua. A busca ativa é realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) em suas visitas domiciliares para acompanhamento mensal e, por vezes, é comum a mudança de domicílio.

A equipe considerou o caso encerrado, quando a situação exposta para análise foi “resolvida”, embora alguns casos tenham sido ações pontuais. A questão da mobilização da comunidade e da participação infanto-juvenil no processo de enfrentamento às violências contra essa faixa etária tem sido planejada; contudo, não tem sido efetivada nesta Unidade de saúde. Segundo as falas, a comunidade não comparecia às reuniões agendadas para discussão do tema.

Inclusive, a equipe referiu que poucos profissionais querem envolver-se

nessa problemática e desconhecem leis como o ECA e as instituições da rede de proteção às vítimas de violência.

Os conceitos de violência que os profissionais utilizam na comissão foram abordados. Para os profissionais de saúde a concepção de violência está relacionada à violação de algum direito, qualquer coisa que cause danos ou prejuízos a outrem, a falta de acesso a um serviço básico, como a saúde e a educação. Por outro lado, os familiares relataram o preconceito, a agressão física e a injustiça.

Tanto na fala dos profissionais quanto na dos familiares, a violência foi salientada como uma forma de se relacionar, impondo a força física, a vontade própria sobre o outro, as ofensas verbais e a falta de respeito existente nos relacionamentos. Isso se torna patente quando referem que violência é “agredir”, “bater”, “difamar”, “ofender”, “dizer palavrão”.

Na verdade, apenas um conceito não consegue abranger a definição de violência. Para Guerra (2001, p. 31):

Violência é uma forma de relação social; está inexoravelmente atada ao modo pelo qual os homens produzem e reproduzem suas condições sociais de existência. Sob esta ótica, a violência expressa padrões de sociabilidade, modos de vida, modelos atualizados de comportamentos vigentes em uma sociedade em um momento determinado de seu processo histórico (Guerra, 2001, p. 31).

Assim, a concepção de violência depende da visão do campo disciplinar em que a pessoa se encontra e do contexto sociocultural no qual está inserido (Guerra, 2011).

Segundo o autor:

[...] A violência doméstica contra crianças e adolescentes representa todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica, de um lado, uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento (Guerra, 2011, p. 33).

A expressão “direitos fundamentais”, utilizada no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990, *on line*), significa que todas as crianças e adolescentes não são mais vistos como portadores de necessidades, de carências ou de vulnerabilidades, mas, antes de tudo, são reconhecidos como sujeitos de direitos exigíveis em lei. Esses direitos são os seguintes: direito à vida e à saúde, direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, direito à convivência familiar e comunitária, direito à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer, direito à profissionalização e proteção no trabalho.

Durante as entrevistas com os familiares, foi observada pela pesquisadora uma postura de vítima, uma falta de consciência quanto à negação de direitos ou violação de direitos da criança e do adolescente. A maioria dos familiares não conhecia a instituição que zela pela garantia dos direitos da criança e do adolescente, o Conselho Tutelar. Alguns afirmaram que já ouviram falar, mas não sabiam o seu papel; outros realmente nunca ouviram falar.

Percebe-se que as práticas utilizadas na educação dos pais é reproduzida em alguns momentos na educação dos filhos. Na fala seguinte:

Mas eu apanhei quando criança e acho que foi merecido; devo aos meus pais o que sou, ainda bem que fizeram isso. (NM-1);

Como não pode mais bater eu boto de castigo, mas eu já bati muito na minha filha. (NM-3).

Percebe-se que há uma concepção de um “bater pedagógico” nas falas aqui relatadas. Como o bater passou a ser reprovável em nossa sociedade a partir do ECA, as mudanças decorrentes ainda estão em processo, provocando algumas discussões. E convive-se ao mesmo tempo com concepções tradicionais e inovadoras, ora uma, ora outra se sobressai.

Todos atribuem o acesso aos seus direitos a um sentimento de caridade vindo dos órgãos públicos ou das autoridades competentes, não demonstrando assim consciência dos seus direitos e de sua cidadania.

Os profissionais de saúde do nível médio, em sua maioria, justificaram a entrada e a permanência na referida Comissão por estarem “ajudando o próximo”, “ajudando de alguma forma as pessoas”, demonstrando que a visão

predominante nestes profissionais de saúde é caritativa e assistencial.

Quanto às causas relacionadas às violências, tanto foram citados aspectos individuais como de natureza pessoal, como a índole, o caráter quanto a aspectos coletivos, como as causas sociais, como o desemprego, a falta de acesso às políticas públicas básicas. Ainda foram citados ausência da família e aspectos subjetivos, como a falta de amor, a falta de Deus, dentre outros.

O Relatório Mundial de Violência e Saúde da OMS propõe um modelo ecológico de explicação das raízes da violência. Este leva em conta os fatores biológicos que cada indivíduo apresenta em seu comportamento, os fatores relacionais, suas interações sociais, amigos, familiares e suas influências, e os fatores comunitários como os locais de trabalho, a escola, a presença de drogas e armas ou o isolamento social de certas famílias, e fatores sociais como normas culturais que justificam a violência como forma de resolver conflitos, machismo, cultura adultocêntrica, valorização do suicídio como escolha individual e outros (OMS, 2002 *apud* Minayo, 2006).

No texto da OMS, discutem-se ainda as políticas econômicas e sociais, de educação, de saúde que contribuem para manter desigualdades, ou seja, para perpetuar as formas mais perversas de violência estrutural. Nesse documento, salienta-se que, dentro de uma perspectiva de desenvolvimento humano, são diferentes elementos que influenciam a vitimização ou perpetração nas várias faixas etárias (Minayo, 2006).

Assim como a concepção de violência, as causas estão atreladas a vários fatores além da influência macro e microestrutural, podendo estar presentes em todas as classes sociais e relações sociais.

A notificação foi vista pelos profissionais como importante no processo; entretanto, a segurança dos profissionais na condução do caso foi considerada prioritária. Foi ressaltada a insegurança dos trabalhadores nas unidades de saúde desempenhando seu papel. Quanto aos familiares, foi ressaltado o desconhecimento da notificação obrigatória e destacada a necessidade de informação, inclusive à polícia.

Houve um receio dos profissionais em trazer complicações à mãe e à família. A equipe percebeu a notificação, na maioria das vezes, como uma

ação punitiva, e não como um instrumento de proteção à criança e ao adolescente. Como podemos ver na fala a seguir:

NS2: Vou estar punindo novamente aquela família já penalizada pelas circunstâncias da vida, vou tirar a criança da família pra ir pra um abrigo, vai ser pior, ela já não tem nada.

Por outro lado, defendeu-se o caráter ético da profissão ao realizar a notificação. Visa-se assim à proteção da criança e do adolescente. Para os familiares, evidenciou-se o total desconhecimento da notificação obrigatória, que, segundo o ECA (1990), deve ser realizada pelos estabelecimentos de educação e saúde. Também se desconhece o número telefônico nacional e municipal de denúncia de casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

Segundo Pinheiro (2006):

A violência familiar tem atingido todas as classes sociais, porém a abordagem dos casos suspeitos de violência tem sido diferente, dependendo da classe social à qual o sujeito pertence. Os casos notificados, em sua maioria, são da classe “subalterna”, a classe mais vigiada e mais controlada por oferecer um risco maior de “revolta” à ordem vigente, a quem são destinadas a maioria das políticas públicas para que se mantenha dominadas (Pinheiro, 2006).

Os sinais mais identificados como suspeitos de violências pelos profissionais de saúde estiveram relacionados às mudanças de comportamento da criança ou do adolescente em casa, na escola ou em relação aos outros, abandono, cárcere privado, assim como os sinais visíveis, como a desnutrição e falta de higiene.

Para lidar com as situações de violências atendidas nos serviços de saúde, é necessário conhecer não só a concepção de violência das variadas Ciências Sociais, Econômicas, da Educação, mas também a visão da Saúde para que haja uma boa articulação inter e intrassetorial.

Observa-se que as mazelas típicas de países em desenvolvimento, como o analfabetismo, a pobreza, o desconhecimento das leis dificultam a luta na garantia dos direitos de crianças e adolescentes.

Em nenhum momento, foi citada a necessária participação e escuta

destas crianças e adolescentes, que ainda são tratados como se não tivessem “voz”, sendo submetidos às decisões tomadas por seus responsáveis.

Na apreciação sobre a rede de proteção integral às crianças e adolescentes em situação de violência, os profissionais e familiares compreendem que há uma fragmentação do atendimento. Não existe um atendimento integral à criança e ao adolescente, os atendimentos especializados não se articulam, cada um vê uma parte do problema da criança, nunca ela é vista de forma integral e holística.

Torna-se visível a ausência de proteção das crianças e adolescentes pelas instituições que deveriam protegê-los, como a família, a escola, o Estado e a sociedade. Consequentemente, há um descrédito das instituições públicas pelos profissionais e por alguns familiares devido ao descumprimento das leis e à deficiência em termos de recursos humanos e de profissionais capacitados.

Em consonância com essa situação, há um poder paralelo, uma rede extensa e organizada do narcotráfico e aliciadores para a exploração sexual, que tem captado, desde cedo, jovens, incluindo as crianças e adolescentes excluídas da sua própria infância ou adolescência.

Para Zaluar (2007, p.33):

A corrupção institucional, a irreverência pela lei, a ineficácia e a discriminação no sistema de Justiça, em países como o Brasil, fizeram, no entanto, que a violência urbana aumentasse num ritmo desastroso. No Brasil, começou-se tardiamente a saber um pouco sobre a provisão de drogas ilícitas ou sobre a força organizacional das redes de traficantes, principalmente suas conexões com a economia e as instituições legais (Zaluar, 2007, p. 33).

A violência doméstica, que pode retirar a criança do ambiente familiar, pode encorpar essa violência urbana que engloba a prostituição e o trabalho infantil. Observou-se que uma violência sempre tem outras violências relacionadas. A forma de abordagem para identificá-las nas relações deve ser feita com cautela e atenção. Não há bons resultados com perguntas diretas, as perguntas devem girar em torno do dia a dia, das suas relações

cotidianas, de suas vivências.

Nos serviços de apoio psicossocial do município de Fortaleza, observa-se uma estrutura insuficiente, os profissionais têm uma alta rotatividade devido às formas de contrato, a cobertura por bairros ainda é deficitária, o que agrava o atendimento de crianças e adolescentes. O município conta com dois CAPS infantis, que apresentam deficiências para o atendimento devido a uma grande demanda e à necessidade de atenção especializada.

Conseqüentemente, há dificuldades para obter os diagnósticos de doenças mentais em crianças e adolescentes. Trata-se de violação dos direitos da criança, o que impede a obtenção dos benefícios necessários e inicia os tratamentos tardiamente, já com déficits e danos irreversíveis aos pacientes. Observou-se que a mãe ou responsável desconhecem a doença do filho e as formas de lidar com o problema. Em uma entrevista, vimos que o diagnóstico tardio prejudica toda a família.

Ao culpabilizar a mãe, no caso a única responsável, faz-se com a progenitora fique sem as informações necessárias para continuar cuidando do filho e permita a reprodução de várias atitudes que desrespeitam os direitos da criança, com a agravante da fragilidade e da deficiência.

A falta de políticas públicas que atendam as necessidades de crianças e adolescente com necessidades especiais, aliada ao tratamento aterrorizante dado durante a internação psiquiátrica, afasta a criança de um ambiente sociável e saudável de convivência com outras pessoas, tendendo ao isolamento da família.

O que eu queria era uma escola..., eu queria também que ele batesse um eletro da cabeça [...] porque pra fazer os exames ele não conseguiu fazer porque ele não dormiu e lá não davam remédio pra dormir, então ele não fez [...] foi marcado pelo posto e pelo posto não faz com sedação [...]. A Maria (aponta para vizinha) disse que conseguiu na justiça, aí ela bateu (do filho) no Albert Sabin [...] a mulher disse até que se eu não conseguisse remédio eu fosse na Secretaria de Saúde [...] porque lá no CAPS falta remédio [...] lá no hospital não tem tudo lá [...] mas eu não vou não [...] pra ele ser amarrado de novo? (E3)

O profissional de saúde, além dos cuidados de rotina, deve estar atento

às vulnerabilidades encontradas no meio em que a criança e o adolescente estão inseridos, observando os hábitos locais, não tendo como referência apenas os parâmetros internacionais, o que pode causar, inclusive, desistência do tratamento.

O fato de a criança ou algum membro da família ter alguma deficiência ou alguma doença neurológica foi uma vulnerabilidade para a violência identificada em vários casos.

Segundo a Unicef (2013, p. 44):

Crianças e adultos com deficiência enfrentam frequentemente uma ampla variedade de barreiras físicas, sociais e ambientais à participação plena na sociedade, inclusive acesso limitado a serviços de atenção à saúde, educação e outros serviços de apoio. (Unicef, 2013, p. 44).

Cuidar de uma criança ou adolescente com deficiência traz mais estresse aos pais ou responsáveis e às famílias, aumentando o risco de abusos. Muitas são institucionalizadas, outras têm sido abandonadas ainda na maternidade.

Estimativas de risco indicaram que crianças com deficiência estavam expostas a risco significativamente maior de sofrer violência do que seus pares sem deficiência: 3,7 maior para medidas combinadas de violência, 3,6 vezes maior para violência física e 2,9 vezes maior para violência sexual (Unicef, 2013, p. 44).

A preparação das mães ou responsáveis para lidar e cuidar dos filhos, identificando sinais de atraso de desenvolvimento e aprendizagem, poderá prevenir e detectar precocemente alterações que necessitam de cuidados específicos, como os portadores de necessidades especiais. Não se observou essa preocupação efetiva na atenção primária em saúde.

Apesar das fragilidades, a comissão foi vista como um espaço construído por trabalhadores da atenção primária, com potencialidade a ser explorada e que será a seguir explanada.

A criação de um plano individual de atendimento valoriza o indivíduo

como um ser único, e não apenas um dado estatístico. A possibilidade de capacitar as mães com filhos que apresentam transtornos mentais para lidar com a situação de crise e de socialização contribui para a desinstitucionalização.

A articulação com os órgãos da rede de proteção às vítimas de violência exige respostas e estimula o melhor funcionamento desta rede. A participação de uma equipe multiprofissional e de setores afins (educação, segurança, serviço social, direitos humanos, saúde, comunidade) privilegia os vários olhares sobre a situação e o processo de enfrentamento às violências.

A capacitação dos agentes comunitários de saúde e das equipes de saúde da família tem a função de prevenir ao identificar precocemente as situações de fragilidades nas famílias de sua área de abrangência. Essas potencialidades tornam a referida comissão um instrumento que reúne um conjunto de ações interdisciplinares que podem reduzir os casos de violência quando em prática.

Considerações finais

Algumas políticas não são direcionadas para as necessidades de cada indivíduo, alguns benefícios nem chegam sequer a ser usados, provando assim que não há utilidade em alguns casos. Destacou-se um depoimento de uma mãe de uma adolescente que tem direito ao transporte público gratuito. Segundo ela mesma, devido às crises de agressividade, esse tipo de “benefício” até agora não teve utilidade para a família.

A maioria dos sinais relatados culpabiliza a mãe e a família, apontando para a cultura machista e adultocêntrica. Apenas um caso se refere à “falta de acesso a exames”, como detalhado na declaração abaixo de um profissional de nível médio, que remete à falta de acesso aos serviços público de saúde, à ausência do Estado e à violação dos direitos de uma criança com diagnóstico de suspeita de transtorno mental.

As outras sugestões dadas pelos profissionais se referem às condições estruturais, insumos e recursos humanos, bem como ao apoio da coordenação. A necessidade de valorização do profissional e do seu trabalho

exige habilidades e aptidões pessoais.

Um assunto polêmico abordado, e que dividiu as opiniões, foi a questão do tratamento compulsório para dependentes químicos. No caso de crianças e adolescentes, foi considerado que apenas os pais ou responsáveis podem decidir por eles.

Na análise do trabalho dessa equipe, os profissionais autoavaliaram como provedores do próprio trabalho, sem apoio da coordenação, desde o início; porém, o quadro se modificou após a mudança de gestão. Foi sugerida a realização de palestras sobre o uso de drogas, a inclusão pelo esporte ou ainda a religião, que contribuiria para reduzir a ociosidade das crianças e adolescentes, considerada esta uma vulnerabilidade à violência.

Após a análise do programa de atendimento às crianças e adolescentes que sofrem violência doméstica, Vendruscolo (2007, p. 5) percebeu que:

A viabilização de um programa de atendimento à criança e ao adolescente vítima de violência doméstica enfrenta alguns pontos críticos: as condições sociais e econômicas da criança, do adolescente e suas famílias, que sofrem violência doméstica; a manutenção de práticas profissionais que ratificam a violência doméstica, centrando a atuação no problema individual da questão, relevando o contexto político, econômico, cultural e social em que a violência emerge, circula e se retroalimenta; falta de vontade política para criar e gerir os serviços comprometidos com um plano coerente para seu combate e desmonte (Vendruscolo, 2007, p. 5).

Neste sentido, estes profissionais de saúde têm um espaço para discussão desta problemática com uma equipe multiprofissional instigando o governo em suas ações prioritárias.

As ações paternalistas foram evidenciadas por meio dos elogios dos familiares acompanhados, que foram beneficiados com pensões, habitação, transporte para exames, diagnóstico, consultas especializadas, vaga na escola, documentação, acesso à escola após impedimento, itens conseguidos por intermédio deste acompanhamento e de orientações que mudaram a situação de miséria e de violência em que essas crianças se encontravam – não pelos trâmites legais, mas por amizades ou “caridade” dos profissionais.

A queixa comum entre os familiares é que os filhos são desobedientes e precisam de castigo. Estes veem, na orientação da equipe, um modelo ideal, mas, no dia a dia, eles comentam: “eu bato sim”; “não vou negar, se precisar eu bato”; “mas só quem pode bater sou eu”; “eu não deixo ninguém bater nele não”. Há uma defesa do autoritarismo nessa fala. O que se percebeu, na maioria dos entrevistados, é o fato de mães e pais biológicos considerarem que têm o poder de bater; porém, fazem-no no sentido de educar, ensinar o que é o certo e o que é o errado, nunca com o intuito de prejudicá-los.

Outro ponto levantado foi a questão da inclusão de crianças e adolescentes com necessidades especiais em escolas “regulares” sem estruturas adequadas e profissionais qualificados para este fim – não atendendo, desse modo, seus direitos assegurados legalmente.

Para a Unicef (2013, p.3):

[...] inclusão vai além de “integração”. Integrar significa trazer crianças com deficiência para uma estrutura pré-existente de normas e padrões predominantes. Por exemplo, no contexto da educação, uma tentativa de integração pode ser simplesmente a admissão de uma criança com deficiência em escolas “regulares”. Essa medida não resulta em inclusão, que só será possível quando as escolas forem projetadas e administradas de modo que todas as crianças possam, juntas, receber educação de qualidade e ter momentos de recreação. Para tanto, será preciso garantir aos estudantes com deficiência os recursos necessários, como acesso ao método Braille, linguagem de sinais e um currículo adaptado que lhes permita oportunidades iguais de aprender e interagir (Unicef, 2013, p.3).

Ou seja, é necessário compreender a situação em que estão inseridos a criança ou adolescente e seus cuidadores, para que o tipo de benefício traga alguma melhora em sua qualidade de vida. Ressalto a necessidade de ver o caso individualmente, com suas peculiaridades.

As sugestões dos familiares foram de cunho individual. Não esteve presente o espírito coletivo, a maioria esteve interessada em conseguir a escola, o transporte, o remédio e o atendimento médico para o filho.

Dentre as limitações relacionadas no discurso dos profissionais,

percebemos problemas crônicos relacionados à descontinuidade das políticas que causam um eterno recomeço de todos os programas e planos em execução. A mudança de gestão causa remanejamentos de profissionais, não realiza avaliação e desconsidera os trabalhos que apresentam êxito.

Um aspecto importante a enfatizar foi colocado em discussão em reunião ordinária, não fazendo parte das entrevistas. Todos os participantes concordaram com a lei da redução da maioria penal, apesar de se considerarem protetores dos direitos da criança e adolescente, algo contraditório se considerarmos o trabalho que desenvolvem.

A partir desses dados, foi promovida uma autoavaliação da equipe. Surgiram indagações pertinentes ao estudo, como a que segue: qual a real postura destes profissionais diante do processo de enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes?

Sobre a conduta nos casos, observou-se que a última palavra é a do médico, que também coordena a equipe. Quando necessário, acionam-se outros setores, outras Unidades e a própria SER V. O preenchimento das notificações ficava a cargo da psicóloga e da assistente social. Após a saída das duas, todos aprenderam a preencher a referida ficha. O incentivo da pesquisa fez com que fosse criado o Comitê de Prevenção aos Maus-tratos da SER V, que articula todas as comissões da referida regional e revitaliza as que estavam silenciadas. Observaram-se momentos de tensão, de revolta e de emoção nos relatos dos casos, quando as vítimas compareciam às reuniões acompanhadas das mães para relatar a situação de violência vivenciada.

Quanto ao agressor, não houve nenhuma perspectiva de acompanhamento por parte da equipe. Todas as atenções estavam voltadas a encaminhar as vítimas à rede de apoio e sanar danos físicos e psicológicos da vítima.

As opiniões estiveram carregadas de experiências e da visão de mundo compartilhadas em reunião. Em vários momentos, foram observadas falas preconceituosas, como são evidenciadas nos trechos seguintes: “A mãe sai pra farra e deixa a criança”, “A menina é doida por homem”, perpetuando a ideologia de que a mãe é a única e exclusiva responsável pelo cuidado dos

filhos e de que não tem outras necessidades. Encontrou-se nos discursos uma visão machista e preconceituosa da mulher, visão frequente em nossa sociedade.

As declarações das criança e adolescentes foram irrelevantes para alguns membros da equipe, como se pode perceber nos excertos seguintes: “ele não tem condições de decidir nada não, tem que ser obrigatório”, “ele não tem querer não”, ditas em relação à decisão sobre a internação compulsória para o tratamento da dependentes químicos; “Ela não tem condições de se responsabilizar por nada [...] ele não tá prejudicando só ele, tá prejudicando a família e a sociedade”.

Essa postura na condução dos casos que envolvem crianças e adolescentes colabora para a segregação das minorias, para a diminuição da qualidade de vida das crianças e adolescentes, para a falta de estímulo ao seu protagonismo, para a sua falta de autonomia e para acentuar as desigualdades sociais.

Ao produzir uma pré-concepção sobre a criança ou adolescente, muitas vezes estamos impondo nossos valores, desrespeitando os seus direitos, a sua liberdade de escolha, a diversidade, como se nota nas declarações a seguir: “Ele é da igreja, é uma pessoa que jamais vai usar drogas” ou “o menino é desses que usa preto, se diz neonazista, detesta homossexuais, tem racismo aí”, “eu jamais queria que meu filho fizesse uma tatuagem [...] pra mim [...] parece coisa de marginal mesmo”.

Por vezes, o profissional pode estar reproduzindo a violência mediante sua atuação como ator social. Para Bourdieu (2007), o poder simbólico é esse poder invisível, o qual só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe são sujeitos ou mesmo que o exercem. Segundo o autor:

Poder quase mágico, que permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força (física ou econômica), graças ao efeito específico da mobilização, só se exerce se for reconhecido, quer dizer, ignorado como arbitrário (Bourdieu, 2007, p.14).

Os profissionais de saúde são peças estratégicas nessa rede de proteção à criança e podem colaborar não só para manter a desigualdade,

mas para justificar a violência, dependendo de suas condutas.

Outro aspecto relevante trata do surgimento de novas demandas sociais, ou seja, as políticas públicas não podem ser estáticas, têm de ser avaliadas e reavaliadas, considerando as mudanças ocorridas na sociedade. Existem demandas que não dispõem ainda de políticas públicas acessíveis para sanar o problema, como o caso de crianças e adolescentes dependentes químicos.

Compreender a visão do profissional de saúde e sua forma de atuação em suas condutas em relação às crianças e adolescentes sujeitas às condições de violência doméstica é fundamental para a avaliação da política, seus entraves e suas potencialidades.

Referências

BOURDIEU, P. *O poder simbólico*; Tradução Fernando Tomaz (português de Portugal) 16ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

CARVALHO, Alba Maria Pinho de. *Políticas Públicas e o Dilema de Enfrentamento das Desigualdades: Um olhar Crítico sobre a América Latina no Século XXI*. In: Poder e Políticas Públicas na América Latina. Fernando José Pires Sousa (Org.). Fortaleza: Edições UFC, 2010, p. 171 a 200.

DESLONDES, S. F. *Prevenir a violência - um desafio para profissionais de saúde*. Rev. Latino-Am. Enfermagem, vol.3, no. 2. Ribeirão Preto, Julho, 1995.

AZEVEDO GUERRA, V. N. *Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada*. 4ª edição. Editora Cortez, 2011.

MINAYO, Maria Cecília Souza & SOUZA, Ednilsa Ramos. *É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo de saúde pública*. Ciência & Saúde Coletiva, 4:7-32, 1999.

_____. SOUZA, E. R. *Violência sob o olhar da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

PINHEIRO, Ângela. *Criança e Adolescente no Brasil: Por que o Abismo entre a Lei e a Realidade*. Fortaleza: Editora UFC, 2006.

PORDEUS, A. M .J . FRAGA, M. de N. de O. F., FACÓ, T. de P. P. *Ações de prevenção dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde*. Fortaleza, Ceará, Brasil; Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(4):1201-1204, jul-ago, 2003.

RODRIGUES, L. C. *Proposta para uma avaliação em profundidade de políticas públicas sociais*. Revista Aval, v.1, n.1, jan-jun, 2008.

SILVA, A. M.; VIEIRA, L. J. E. S. *Caracterização de crianças e adolescentes atendidos por maus tratos em um hospital de emergência no município de Fortaleza-CE*. RevEscEnferm USP., v. 35, n.1, p. 410, 2001.

TAVARES DOS SANTOS, J. V. TEIXEIRA, A. N. RUSSO, M. *Violência e cidadania: práticas sociológicas e compromissos sociais*. Porto Alegre: Sulinas; Editora da UFRGS, 2011.

VICTORA, C. G.. *Pesquisa Avaliativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.

ZALUAR, A; LEAL, Maria Cristina. *Violência intra e extramuros*. Revista brasileira de ciências sociais, v.16, n.45, fevereiro, 2001.

WAILSELFIZ, J. J. *Mapa da Violência 2012: Crianças e Adolescentes do Brasil*. 1ª edição. Rio de Janeiro, FLACSO BRASIL, 2012.

Notas

ⁱ É comum associar violência, mero instrumento usado com maior ou menor intensidade, a um estado social permanente e excessivo na sociedade como um todo ou entre os excluídos, explorados ou dominados. O conflito é necessário e inevitável nas sociedades justamente porque o consenso nunca é total, nem fechado, nem muito menos permanente.

Resumen: Este artículo tuvo como objetivo comprender el proceso de enfrentamiento contra la violencia a los niños, niñas y adolescentes a nivel de atención primaria en salud, en Fortaleza. El estudio consiste en una investigación de evaluación con enfoque cuantitativo y cualitativo y con análisis crítico-reflexivo. El corte empírico fue una Unidad de Atención Primaria, ubicada en el barrio Conjunto Esperança, de la SER V, regional con más niños, niñas y adolescentes y con menores IDH del municipio. En esta unidad, opera un equipo multiprofesional que notifica, discute, supervisa y acompaña las familias con casos sospechosos de violencia doméstica. Las técnicas utilizadas fueron la investigación bibliográfica y documental, la observación participante, grupos focales, entrevistas en profundidad. Los sujetos de la investigación fueron los participantes y sus familiares, acompañados de este comité, y los consejeros tutelares. Doce reuniones mensuales del comité fueron seguidas en el período comprendido entre julio de 2012 hasta diciembre de 2013. Estas reuniones fueron grabadas y transcritas.

Palabras clave: Violencia, ciudadanía, niños, niñas y adolescentes, Salud de la familia, evaluación, políticas públicas.

Résumé: L'étude a eu pour but la compréhension des actions entreprises pour faire face à la violence contre les enfants et les adolescents au niveau des soins primaires de santé, à Fortaleza. Il s'agit d'une étude évaluative basée sur une approche à la fois quantitative et qualitative, et suivie d'une analyse critique et réflexive. L'investigation s'est déroulée dans une unité de santé de soins primaires, située dans le quartier « Conjunto Esperança », dans la région administrative SER V, où l'on trouve la plus haute concentration d'enfants et d'adolescents et également les plus bas IDH de Fortaleza. Cette unité bénéficie d'une équipe multidisciplinaire qui notifie, discute, fait le suivi, et accompagne les familles avec des cas suspects de violence domestique. Comme technique, nous avons utilisé la recherche bibliographique et documentaire, l'observation participante, les groupes de discussion, et des entrevues en profondeur. Les sujets de l'investigation sont les participants de la commission, les membres de la famille accompagnés de la commission, et les conseillers de tutelle. Nous avons accompagné, enregistré et transcrit douze réunions mensuelles au cours de la période qui va de juillet 2012 à décembre 2013.

Mots-clés: Violence, citoyenneté, enfant et adolescent, Santé de la famille, évaluation, politiques publiques.

Recebido em: 18/11/2014

Aceito em: 26/01/2015