


Famílias:

parceiras ou usuárias eventuais?

**Análise de serviços de atenção a famílias
com dinâmica de violência doméstica
contra crianças e adolescentes**

 CLAVES

unicef 

Brasília, julho de 2004

Dedicamos este livro primeiramente a todos os profissionais que trabalham no atendimento às famílias em situação de violência, que corajosamente enfrentam as barreiras estruturais e pessoais que envolvem o cotidiano desse trabalho. Em segundo lugar, a todas as famílias que vivenciam situações violentas e que buscam junto a esses profissionais o apoio necessário para superar o medo, o silêncio, a dor e o sofrimento que os afetam. Ambos, profissionais e familiares, empreendem uma solidária tentativa de romper o ciclo de violência nos lares e na sociedade.

A todas essas pessoas, nossos agradecimentos por compartilharem suas experiências e suas emoções.

Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF

Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli – CLAVES

Realização

Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF

Reiko Niimi

Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli - CLAVES
ENSP / IFF / FIOCRUZ

Maria Cecília de Souza Minayo

Equipe Técnica

Coordenadoras

Suely Ferreira Deslandes

Doutora em Ciências da Saúde - Instituto Fernandes Figueira - IFF/ FIOCRUZ

Simone Gonçalves de Assis

Doutora em Ciências da Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública / IFF/ FIOCRUZ

Helena Oliveira da Silva

Oficial de Projetos – Garantia de Direitos e Proteção à Violência contra Criança e Adolescente - UNICEF

Pesquisadores

Kathie Njaine

Doutora em Ciências da Saúde - ENSP/ FIOCRUZ

Liana Furtado Ximenes

Mestre em Saúde da Mulher e da Criança - IFF / FIOCRUZ

Patrícia Constantino

Doutoranda /ENSP/ FIOCRUZ

Renata Pires Pesce

Mestre em Saúde da Criança – IFF / FIOCRUZ

Romeu Gomes

Doutor em Ciências da Saúde – IFF/ FIOCRUZ

Consultoras

Claudia de Araújo Cabral – Terra dos Homens

Rachel Niskier Sanchez – IFF/FIOCRUZ

Apoio Técnico

Fátima Cristina dos Santos – bibliotecária

Hynajara Boueris da Silva - bibliotecária

Marcelo da Cunha Pereira – informática

"A violência contra crianças e adolescentes, especialmente no ambiente familiar, talvez seja um dos fenômenos sociais mais complexos, que exige de todos nós muita capacidade de pesquisa, estudo, reflexão e intervenção a partir de ações e serviços articulados de forma interdisciplinar, multiprofissional e intersetorial, numa conjugação de esforços, inteligências e políticas públicas. A Política de Assistência Social na perspectiva do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) propõe que as crianças e os adolescentes que estão em situação de violência recebam, por parte da Assistência Social, um olhar especial, por estarem numa situação em que alguns direitos como a proteção, o desenvolvimento acompanhado, a integridade física, sexual e psicológica foram violados ou estão ameaçados. Define ainda que todo atendimento deve ter centralidade na família para o restabelecimento e/ou fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários".

Márcia Helena Carvalho Lopes

Secretária Nacional de Assistência Social do Ministério do
Desenvolvimento Social e Combate a Fome

ÍNDICE

Apresentação	9
Prefácio	11
Introdução	15
Capítulo 1	
Horizontes e ferramentas para a construção e interpretação dos dados	34
O desenho da pesquisa	
A amostra: a difícil escolha dos serviços e programas	
Operacionalização da pesquisa	
A construção da análise – os vários textos que se entrelaçam	
Capítulo 2	
Características e propostas institucionais	45
Proposta de atendimento à criança e sua família na visão dos profissionais	
Propostas/objetivos institucionais - leitura de diferentes textos	
Tendências observadas	
Capítulo 3	
O atendimento oferecido às famílias	65
Características gerais dos serviços e do atendimento prestado	
As famílias nos serviços – fluxo de atendimento e estratégias de envolvimento	
As famílias e os serviços – acolhimento e confiança	
A família e a rede de apoio - compartilhamento e continuação das ações	
Encerramento, abandono e reincidência	
Gerando informações: os registros institucionais	

Capítulo 4	
Os profissionais e o trabalho que desenvolvem	101
Constituição das equipes multiprofissionais	
Linhas de abordagem adotadas pelos psicólogos nos serviços	
Confiança dos profissionais na superação da violência familiar	
Sugestões para um atendimento capaz de promover a superação da Violência	
Sustentabilidade institucional	
Capítulo 5	
Sucessos almejados e superação da violência familiar	121
Capítulo 6	
Discutindo o atendimento à luz de outras experiências	129
Modelos e estratégias internacionais de atendimento	
Serviços que trazem novas sugestões para abordagem preventiva	
Uma proposta de mudança de paradigma	
Outros serviços nacionais	
A importância do vínculo “família - profissional”	
A preocupação com o desligamento e abandono	
Avaliação de eficácia e reincidência	
Perfil, Seleção e Capacitação dos Profissionais	
Articulação entre Instituições – sistema de garantia de direitos	
Considerações finais	159
Anexo 1	
Bibliografia utilizada pelos serviços na capacitação e bibliografia sugerida	169
Anexo 2	
Principais linhas de abordagem	191

Lista de Quadros

Quadro 1: Caracterização e confronto entre as propostas oficiais e os depoimentos dos técnicos da OG Região Nordeste	51
Quadro 2: Caracterização e confronto entre as propostas oficiais e os depoimentos dos técnicos da OG Região Norte	52
Quadro 3: Caracterização e confronto entre as propostas oficiais e os depoimentos dos técnicos da OG Região Centro-Oeste	53
Quadro 4: Caracterização e confronto entre as propostas oficiais e os depoimentos dos técnicos da OG Região Sudeste	53
Quadro 5: Caracterização e confronto entre as propostas oficiais e os depoimentos dos técnicos da OG Região Sul	54
Quadro 6: Caracterização e confronto entre as propostas oficiais e os depoimentos dos técnicos da ONG Região Norte	55
Quadro 7: Caracterização e confronto entre as propostas oficiais e os depoimentos dos técnicos da ONG Região Nordeste	56
Quadro 8: Caracterização e confronto entre as propostas oficiais e os depoimentos dos técnicos da ONG Região Centro-Oeste	58
Quadro 9: Caracterização e confronto entre as propostas oficiais e os depoimentos dos técnicos da ONG Região Sudeste	59
Quadro 10: Caracterização e confronto entre as propostas oficiais e os depoimentos dos técnicos da ONG Região Sul	60



APRESENTAÇÃO

Os programas e as iniciativas orientadas a proteger as famílias e apoiar seu fortalecimento estão adquirindo cada vez mais relevância dentro do contexto das políticas públicas de proteção à infância e adolescência. Se por um lado a família é entendida como um dos primeiros ambientes protetores no ciclo de vida da criança, por outro reconhece-se a existência de relações muitas vezes não-protetoras no seu interior, o que pode caracterizá-la como ambiente de vulnerabilidade.

Conhecer e analisar as ações que o governo e a sociedade estão adotando para responder aos problemas das famílias com dinâmicas violentas contra suas crianças e adolescentes têm se firmado como linha de atuação necessária para a eficácia das políticas de redução da violência doméstica e intrafamiliar.

As experiências de atendimento sistêmico a grupos de famílias afetadas pela violência se constituem em práticas relevantes – em alguns casos, decisivas – na linha da prevenção terciária da violência intrafamiliar. Sua importância é revelada pelo atendimento não somente à vítima mas, algumas vezes, também ao(à) agressor(a), por compreender que o fato violento dentro da família envolve diferentes fatores e agentes determinantes do ritmo e do lugar das relações existentes entre adultos e crianças.

A atenção terapêutica às famílias vítimas de violência já é uma realidade na política de atendimento. Contudo, ainda não se avaliou sua dimensão, seu impacto e efetiva contribuição à formulação de uma política de atendimento mais integrada ao sistema de garantia de direitos. Isso significa que as propostas para redução da violência ou para atender as crianças vítimas de violência ainda não atingem a família como um todo.

O propósito deste estudo é verificar em que medida as iniciativas e serviços de atendimento às famílias com dinâmicas violentas contra suas crianças vêm acontecendo no país; como essas famílias são envolvidas e como certas iniciativas podem nos aju-

dar a refletir sobre a capacidade de reduzir a violência ou a reincidência da violência contra crianças dentro de casa. No plano da formulação de políticas públicas, este estudo analisa também algumas experiências internacionais de atenção à família, buscando reunir subsídios para programas da assistência social e sua integração ao Sistema de Proteção e Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Famílias parceiras ou usuárias eventuais? Esta é uma iniciativa do UNICEF em parceria com o CLAVES/ FIOCRUZ, que se insere num cenário de escassa sistematização sobre experiências de atendimento a famílias com dinâmicas violentas. A proposta é localizar – no contexto das políticas, dos estudos e dos programas de intervenção – o papel ocupado pelas famílias e os serviços a elas disponíveis.

O UNICEF e o CLAVES, com este estudo, esperam possibilitar não só um novo pensar - mais estruturado e mais programático - sobre as políticas de prevenção e redução da violência familiar contra crianças e adolescentes, como também estimular a incorporação dessas práticas de atendimento a um desenho de atenção que de fato reforce o papel das famílias como agente de proteção, e nunca mais de abuso.

Reiko Niimi
Representante do UNICEF no Brasil

PREFÁCIO

Muito tem se produzido, discutido, executado e legislado no campo da redução e da prevenção da violência doméstica ou intrafamiliar contra crianças e adolescentes. A literatura, na área da saúde, na área dos direitos e, mais recentemente, na área da segurança pública, é vasta e já soma quase vinte anos de experiências, intervenções e estudos. O UNICEF no Brasil, em conjunto com os mais diferentes parceiros, tem apoiado desde projetos específicos de prevenção até subsídios à formulação de políticas para essa área da violação, passando por mobilizações sociais e *advocacy*.

As intervenções e pesquisas sobre violência intrafamiliar têm se voltado para os programas de capacitação e orientação dos profissionais de saúde, educação e assistência social, com produção de cartilhas e manuais (dos mais variados modelos), centrais de denúncias (0800), além de programas de atendimento à criança vítima de violência. Apesar dos esforços, ainda persistem dificuldades na linha do atendimento que se referem, por exemplo, ao desconhecimento sobre os efetivos resultados e impactos, para as famílias, dos inúmeros programas de atenção e de terapia familiar existentes. Quais suas contribuições na redução da violência? Quais as principais dificuldades? E os modelos e concepções teóricas sobre vítima /agressor(a)/, papel da família? Quais as estratégias, modelos de fortalecimento da família e rotinas?

Em outras palavras, embora se reconheça na estratégia da “prevenção primária” um modelo ideal e perseguido para eliminação da violência contra criança e adolescente, ainda não se conseguiu identificar os meios para redução dos casos de familiares agressores e suas reincidências dentro de casa, da mesma forma como não se conseguiu eliminar a idéia amplamente aceitável de que “palmada educa”.

Como dar conta, por exemplo, das práticas familiares educativas que incorporam as palmadas, os beliscões, como processo educativo e de socialização? Com raras exceções de servi-

ços que atuam com metodologia sistêmica de atendimento, se fazia necessário conhecer o panorama da maioria dos serviços que por profissionalismo, voluntarismo ou ações programáticas prestam serviços de atenção às famílias vítimas de violência.

O parceiro escolhido para construção teórica e desafio prático foi o CLAVES - Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli, um núcleo de pesquisa ligado à Fiocruz, que também envolveu membros e pesquisadores do IFF - Instituto Fernandes Figueira. Tal parceria significou o aporte de excelência técnica qualificada expressa na coordenação, nas análises e nos resultados do trabalho, que sintonizou com as principais preocupações lançadas pelo UNICEF.

Criando tecnologia própria para o caráter inovador do estudo e utilizando-se de metodologias de abordagens já experimentadas amplamente em sua tradição de pesquisas sobre violência contra crianças e adolescentes, o CLAVES lançou mão da análise dos serviços de atenção a famílias tomando como referência dois eixos: (1) a capacidade de suporte, inclusão e potencialização da família, por parte desses serviços, para o cuidado responsável e afetivo de sua prole e; (2) os resultados das suas ações.

O estudo envolve, assim, dez serviços de atendimento à família, indicados como referência nas cinco regiões do país, distribuídos entre organizações governamentais e não-governamentais. Tais serviços generosamente abriram suas portas ao estudo, compartilhando experiências, reflexões e expectativas. São eles: Casa de Saúde Mental da Criança e do Adolescente e República de Emaús, na cidade de Belém do Pará; Centro de Referência para Criança e Adolescente, no Recife/PE; Casa Renascer, em Natal/RN; Hospital Materno Infantil de Brasília/DF; Aldeia Juvenil, em Goiânia/GO; Ambulatório da Família do Instituto de Pediatria e Puericultura da UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro, na cidade do Rio de Janeiro/RJ; Instituto *Sedes Sapientiae*, em São Paulo/SP; e, em Porto Alegre/RS o Programa Ambulatorial de Proteção à Criança Vítima de Abuso e Maus-Tratos do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Associação de Amor à Vida.

Esses serviços foram caracterizados em suas rotinas, dificuldades e também em suas potencialidades. Foram analisadas as representações culturais de seus agentes sobre o papel da família e de suas competências e responsabilização diante da situação de violência. Além disso, foram descritas as técnicas e modelos de orientação e aconselhamento destinados aos familiares, visando à interrupção de interações familiares violentas. Os parâmetros de sucesso, bem como as formas de contornar a desistência e não adesão das famílias, também foram incluídos no caminho investigativo. Finalmente, os resultados obtidos, sob a ótica de profissionais e familiares, foram analisados.

O propósito do estudo foi o de investigar iniciativas que desenvolvessem um atendimento a famílias envolvidas com a prática de violência contra suas crianças e adolescentes, buscando analisar limites e possibilidades dessas iniciativas no sentido de subsidiar a elaboração de alguns princípios, medidas ou políticas diante de tal problema.

O livro, assim, se estrutura em seis capítulos, além das conclusões, da bibliografia utilizada e para referência, sugestão de roteiros de vídeos e uma lista de endereços de demais serviços de atendimento existentes em alguns estados brasileiros.

O primeiro capítulo apresenta os caminhos metodológicos percorridos para a realização da pesquisa que originou este texto. O segundo faz uma análise comparativa entre as propostas e objetivos institucionais que estão descritos nos documentos oficiais e nos materiais de divulgação, contrapondo-os às falas dos profissionais nas entrevistas. No terceiro capítulo, são apresentados os resultados sobre o atendimento oferecido às crianças, adolescentes e suas famílias, configurando a instituição, o fluxo de atendimento, a rede de apoio existente e os registros feitos pela instituição.

O capítulo seguinte traz informações sobre as equipes multiprofissionais, as linhas terapêuticas por elas utilizadas nas abordagens, a confiança que possuem na superação da violência pela família, além de sugestões para a oferta de um atendimento

capaz de promover a superação da violência familiar e sustentabilidade institucional.

O capítulo quinto destaca os resultados obtidos com o atendimento prestado pelos serviços, vistos sob a ótica de profissionais e familiares. Após a apresentação e análise da experiência dos serviços pesquisados, feitas nos capítulos anteriores, o capítulo seis cita outros modelos de atuação, nacionais e internacionais, que lidam com o problema da violência familiar contra criança e adolescente sob a ótica da família.

Finalmente, são traçadas considerações propositivas, fazendo um balanço das principais questões a serem modificadas, a fim de se obter um atendimento que considere as famílias como parceiras, não meras usuárias dos serviços, potencializando a qualidade de vida daqueles que vivenciam dinâmica familiar violenta, rumo à superação da sociabilidade baseada na violência.

Helena Oliveira
Oficial de Projetos do UNICEF

INTRODUÇÃO

Os conceitos de *família*, *violência familiar* e *atendimento à família* apoiaram a fundamentação desta investigação, referenciando a análise do atendimento à família e iluminando a interpretação dos depoimentos dos sujeitos do estudo. São conceitos construídos a partir do diálogo entre a experiência dos autores deste livro com a literatura específica acerca do assunto. Este debate conceitual reflete, principalmente, uma abordagem social em que são privilegiados os seguintes aspectos: a dimensão simbólica das ações dos sujeitos; o espaço das interações pessoais como produção e reprodução da realidade social; e a idéia de que há uma relação de mão dupla entre contexto social e comportamento das pessoas.

Família – Novos arranjos e novos olhares

A família, como qualquer instituição social, possui uma historicidade, assim como as muitas teorias e conceituações que tentam descrevê-la ou definir o seu papel social. Tais visões repercutem diretamente no dia-a-dia da atuação de serviços que têm a família como público-alvo. As muitas definições e classificações sobre família podem repercutir também na adoção de abordagens mais inclusivas ou mais seletivas e no tipo de suporte que se provê. A concepção que se adote de família orienta os agentes a ver um horizonte, seja acreditando em suas potencialidades, seja observando-as como desorganizadas e incapazes de gerir seu futuro.

No campo das Ciências Sociais, costuma-se entender a família como um sistema de parentesco amplo, constituindo-se a partir de arranjo de relações de consangüinidade (ancestral comum) e alianças (casamento, compadres, agregados etc.). Essa instituição pode ser vista como um arranjo das relações afetivo-sexuais visando à reprodução física e social de seus membros (Vaitsman, 1999).

Para Segalen (1999), na década de 70 já se costumava falar de “enfraquecimento das famílias”, “famílias em crise” e “famíli-

as desfeitas". Essas denominações eram estabelecidas a partir dos contrastes com um modelo de família ideologicamente concebida como outrora portadora de "sólidas estruturas".

Para o autor citado, o modelo da família ocidental, nas décadas de 60 e 70, era o de um casamento monogâmico, apoiado num casal estável, articulado em torno de papéis sexuais repartidos rigorosamente entre os cônjuges. A família era vista como uma instituição com formato definitivo produzido pela industrialização; sua universalização acabaria por ocorrer entre outras civilizações do mundo, à medida que essas fossem se modernizando.

Tais certezas foram abaladas, dando lugar aos vários discursos sobre a "crise da família", enfatizando as dificuldades em socializar seus membros para um mundo em transformação acelerada. Na verdade, eram certezas mais arbitrárias do que baseadas em qualquer verdade científica ou histórica. Concordamos com Bilac (2002:31), quando diz que "*a variabilidade histórica da instituição família desafia qualquer conceito geral de família*".

Nos anos 90, ainda segundo Segalen, após a ocorrência de vários fatos – a exemplo da queda da taxa de nupcialidade e o aumento de outras formas de casamento alternativas à união sob registro civil – a discussão acerca da crise da família deu lugar a um discurso sobre a redescoberta da importância dos laços familiares e da revalorização dessa instituição na sociedade ocidental moderna, enfocando seus papéis protetores e valorizando-a como espaço privilegiado de desenvolvimento de relações interpessoais. Nesse sentido, "*não há hoje em dia ninguém que deseje a morte da família, celebrando-se, pelo contrário, a sua renovação na década de 90*" (Segalen, 1999: 13).

Desde a última década fala-se em famílias no plural. Atualmente, a família se parece mais com certos sistemas descritos pelos antropólogos "*com casa instável, do qual a mãe é o eixo-central, apoiado por uma rede de parentesco alargada e que se torna mais complexo com as recomposições familiares*" (Segalen, 1999: 328).

Apesar das certezas e definições terem sido abaladas, no imaginário social a família ocidental ainda é idealizada a partir do modelo de *família nuclear*. Entretanto, faz-se necessário que olhemos a família em seu movimento de organização e reorganização, evitando sua naturalização e o estigma em relação às formas e arranjos diferenciados. Sarti (2003), discutindo os novos desafios e configurações da família do século XXI, vai apontar como ultrapassada a idéia de “núcleo”, destacando que a configuração das famílias se dá em redes – redes de relações nas quais interagem os sujeitos e se busca prover os recursos materiais e afetivos. Nesse movimento se encontram não apenas as fragilidades das famílias, mas uma diversidade de respostas que os diferentes grupos familiares, dentro de sua cultura, conseguem dar às suas demandas e projetos, mesmo dificuldades e limitações (Carvalho, 2002).

Especificamente em relação à realidade brasileira, como adverte Neder (1994), todos os profissionais que atuam com famílias devem ser informados sobre diferenças étnico-culturais das mesmas. Devem se conscientizar que, ao lado das “famílias-padrão”, de inspiração vitoriana, convivem outras famílias, pouco conhecidas, de origens indígenas ou africanas. Nesse sentido, pensar família numa forma plural significa, entre outros aspectos, uma *“construção democrática baseada na tolerância com as diferenças”* (Neder, 1994: 28).

Caso essa ótica seja adotada, *“pode-se experimentar evitar os paradigmas de família regular X família irregular, responsável em larga medida pelos preconceitos que produzem a evasão escolar, a displicência e o descaso no atendimento médico e a truculência policial em relação às classes populares”* (Neder, 1994: 44).

Atualmente outros temas surgem quando se discute a família. Segalen (1999) aponta um novo panorama. Segundo ele, a doação de óvulos e a fecundação por inseminação artificial ou *in vitro*, entre outros aspectos, problematizam certos princípios até então adotados para a compreensão da instituição familiar:

Sexualidade e parentesco são dissociados, paternidades e maternidades são multiplicadas (geneticamente e socialmente), o nascimento de um filho não provém necessariamente de um casal, a ordem das gerações é manipulada, pesa uma incerteza sobre a natureza do laço entre pais e filhos (Segalen, 1999: 332).

Junto a esses aspectos, adiciona-se ainda a necessidade de se incluir no cenário atual a discussão acerca da família adotiva (Terra dos Homens, 2003).

Independentemente da concepção que se tem para compreender a família, cada vez mais, essa instituição vem sendo novamente valorizada pela importância crucial que assume no contexto social. Acredita-se que:

É dentro das relações familiares, tal como são socialmente definidas e regulamentadas, que os próprios acontecimentos da vida individual que mais parecem pertencer à natureza recebem o seu significado e através deste são entregues à experiência individual: o nascer e o morrer, o crescer, o envelhecer, a sexualidade, a procriação (Saraceno, 1997: 12).

Osório (2002) também observa que a família *é, e continuará sendo, a par de seu papel na preservação da espécie, um laboratório de relações humanas em que se testam e aprimoram os modelos de convivências que ensejem o melhor aproveitamento dos potenciais humanos para a criação de uma sociedade mais harmônica e promotora do bem-estar coletivo* (p. 18).

Ressaltadas as devidas proporções, Carvalho (2003) compara a similaridade de papéis entre o Estado e a família, pois ambos: regulam, normatizam, impõem e defendem direitos de propriedade, poder, deveres de proteção e de assistência. Ambos produzem uma redistribuição de bem-estar e recursos. Assim, fica evidente a centralidade da família nas políticas públicas.

Como observa Nock (1992), a vida dentro da família reflete aspectos do seu meio. Até os comportamentos e as atitudes considerados privados e íntimos revelam a influência do ambiente social.

Ainda que tantas transformações e arranjos desafiem uma conceituação capaz de traduzir tanta diversidade, permanece vivo no imaginário social um leque de expectativas, e mesmo idealizações, dirigidas à família. Segundo Carvalho (2002), espera-se da família que seja, sobretudo, capaz de produzir cuidados e proteção que proporcionem a aprendizagem de afetos, a construção de identidades e vínculos de pertencimento. Como ressalta a autora, tais expectativas não são garantias, são possibilidades. De acordo com o contexto em que se vive, do apoio que se recebe (ou sua ausência), da inclusão social que se desfrute (ou não), tais possibilidades podem ser ampliadas ou drasticamente reduzidas.

Entretanto, a família não pode ser vista apenas de uma forma passiva frente à mudança social. Ela é um dos atores sociais que contribuem, segundo as circunstâncias e diferentes graus de liberdade, para definir as formas e os sentidos da própria mudança social (Saraceno, 1997). Assim, ela pode mudar ou contribuir para a transformação do cotidiano de sua comunidade e, unindo-se a outras, pode exercer influência na alteração de padrões sociais mais amplos. Por outro lado:

Cada família circula num modo particular de emocionar-se, criando uma 'cultura' familiar própria, com seus códigos, com uma sintaxe própria para comunicar-se e interpretar comunicações, com suas regras, ritos e jogos. Além disso, há um emocional pessoal e o universo pessoal de significados (Szymanski, 2002: 25).

De acordo com esse mesmo autor, no campo das políticas sociais a família hoje é vista de distintas formas: beneficiária, parceira e "miniprestadora" de serviços de proteção e inclusão.

Outra questão fundamental em discussão é que solidariedade familiar e serviço coletivo se complementam e não se substituem mutuamente. Assim, o "*potencial protetor e relacional aportado pela família, em particular daquela em situação de pobreza e exclusão, só é passível de otimização se ela própria recebe atenções básicas*" (Carvalho: 2002: 19). Essa mesma autora discute que tanto os serviços públicos de apoio e atendimento às famílias que são capazes de oferecer uma escuta empática, em vez de uma escuta

burocrática e mecânica, quanto a expansão e qualificação de uma rede de serviços de apoio psicossocial, cultural e jurídico, e ainda a inclusão em programas de complementação de renda e de geração de trabalho são ações capazes de oferecer proteção às famílias para que elas possam sair fortalecidas no papel de proteger. Sarti (2003) lembra que toda família constitui uma história e cria um discurso sobre si própria, portanto trabalhar com famílias requer, fundamentalmente, *“a abertura para uma escuta, a fim de localizar os pontos de vulnerabilidade mas também os recursos disponíveis”* (p.26)

Em síntese, pode-se dizer que as famílias em situação de vulnerabilidade social, que vivenciam e sofrem violências, inspiram proteção e cuidados para que possam ser verdadeiramente cuidadoras afetuosas e preocupadas com as necessidades infanto-juvenis. Seus arranjos, estratégias e formas de organização demandam um olhar ampliado, buscando enxergar seu dinamismo onde outrora se via ‘desestruturação’. O desafio que se coloca é explorar o potencial e as capacidades protetoras e afetivas onde se viam somente fracassos e transgressão. Despir-se de preconceitos ou rótulos, muitas das vezes arraigados, não se faz sem debates e coragem. É nesse sentido que investimos no conhecimento de experiências de atendimento, analisando como tais desafios em conceber e lidar com essas famílias são enfrentados no dia-a-dia dos serviços e programas.

Violência – o contexto

A concepção de violência adotada no texto é fruto de sua complexidade, sua polissemia e sua controvérsia (Minayo & Souza, 1998). Nessa linha, entendemos que a violência,

... ao ser perpetrada por indivíduos, grupos e/ou instituições, pode se manifestar de múltiplas maneiras, inclusive as dissimuladas e ideologizadas, assumindo diferentes papéis sociais, sendo desigualmente distribuída, culturalmente delimitada e reveladora das contradições e formas de dominação” (Cruz Neto & Moreira, 1999: 36).

A violência não se reduz ao conjunto de práticas objetivas, mas revela-se também através das representações que fazem dela

(Wieviorka, 1997). Assim, atualmente, é considerada não somente por atos violentos concretos, mas pelas percepções que se tem a seu respeito e as representações que possui na sociedade. Para o autor, essas percepções e representações ocorrem a partir de excesso e de carência. Ocorre por excesso, quando a alteridade e as diferenças culturais são objetos de fantasmas e medos. Nesse sentido, atores sociais *"são suscetíveis de serem diabolizados, a tal ponto que lhes é freqüentemente imputada uma violência virtual que seria quase natural, essencial, ao passo que na verdade eles dela mantêm grande distância, se é que ela de fato existe"*. Tais percepções e representações também podem ocorrer por carência, *"na medida em que se inscrevem no prolongamento de problemas sociais clássicos, ou que não questionam as modalidades mais fundamentais da dominação, são suscetíveis de serem negadas ou banalizadas"* (Wieviorka, 1997:9).

Uma vez que a violência se constitui no âmbito das relações humanas, pode ser compreendida *"como um comportamento aprendido e culturalizado que passa a fazer parte dos padrões intrapsíquicos, dando a falsa impressão de ser parte da natureza biológica dos seres humanos"* (Minayo e Souza, 1999: 11).

Boulding (1981) indica que a violência proveniente da estrutura social serve de marco para a violência do comportamento. Isso se aplica *"tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que conduzem à opressão de determinadas pessoas a quem se negam vantagens da sociedade, tornando-as mais vulneráveis ao sofrimento e à morte"* (p. 266-7)

A violência já é uma das temáticas centrais da saúde pública por conta de sua magnitude e pelas suas repercussões no comprometimento da qualidade de vida das pessoas. No Brasil, até a década de 60, as violências ocupavam o quarto lugar no perfil de mortalidade geral, passando ao segundo lugar nos anos 80 e 90 (Minayo & Souza, 1999). Desde então, para as faixas etárias de 5 a 39 anos, as causas externas são a primeira causa de óbito. Em algumas cidades brasileiras, já se nota essa predominância a partir de um ano de idade. Os dados sobre os casos de morbidade

por violência no Brasil ainda são muito precários, mas estima-se que sejam muito superiores aos de mortalidade (Minayo, 1994; CRMES, APM, SIMESP, 1998).

Violência familiar

A violência que ocorre no âmbito familiar pode também ser entendida como um conceito polissêmico. Na literatura é comum esse conceito aparecer como sinônimo de violência doméstica. No presente trabalho, adota-se no título o termo “violência doméstica” a fim de integrá-lo no campo temático mais conhecido pela literatura nacional. Contudo, no corpo do texto emprega-se o conceito de violência familiar no sentido de ampliar sua abrangência, como a seguir será discutido.

A violência familiar pode se relacionar a outras denominações, a exemplo da “violência conjugal”, “violência contra crianças e adolescentes” ou “maus-tratos”.

Contudo, vale lembrar que violência contra crianças e adolescentes se expressa de várias formas e, em muitas delas, as fronteiras entre a família e o seu contexto social nem sempre são tão nítidas. Assim, se traduz pelas *formas estruturais* quando seus direitos mais básicos são muitas vezes violados, como o acesso à escola, à assistência de sua saúde, bem como pela ausência de cuidados necessários para o seu desenvolvimento. Ocorre também quando esses sujeitos são vitimizados, ou seja, quando as *formas interpessoais* de violência os atingem pelos maus-tratos que se materializam nos abusos físico, psicológico, sexual e na negligência ou abandono.

A violência familiar é considerada a principal razão pela qual crianças e adolescentes deixam as suas casas e passam a viver nas ruas. Isso, de uma certa forma, pode explicar situações em que esses sujeitos vivam não só um espaço de exclusão social como também o abandono familiar físico ou simbólico (Minayo,1993; Escorel,1999; Soares,1999).

Alguns autores consideram a violência doméstica como “*uma violência intraclasses sociais, que permeia todas as classes soci-*

ais enquanto violência de natureza interpessoal (...) [que] tem na família sua ecologia privilegiada" (Guerra e col., 1992:74). Partilhando desse posicionamento, pode-se considerar esse conceito como sinônimo de "violência familiar".

Soares (1999) discute que se for considerado o critério de afinidade/casa, ficam excluídos os agregados, empregados domésticos, amantes, entre outros personagens. A autora, mesmo entendendo que "doméstico" não é sinônimo de "privado", considera que o significado de "violência doméstica" se amplia quando se aproxima da idéia de "espaço privado". Esse sentido "mais abrangente" envolveria não só as dimensões de consangüinidade, afinidade e coabitação, como também os atos violentos que ocorrem no território do lar e, simbolicamente, podem ser incorporados à violência doméstica.

Para Saffiotti (2000), violência intrafamiliar é aquela que inclui membros de uma mesma família extensa ou nuclear, definida por laços de consangüinidade ou afinidade. Pode incluir as formas de violência entre parceiros íntimos, também denominada de violência conjugal, e as formas de violência de cuidadores/adultos em relação à criança e ao adolescente, sob a designação ampliada de maus-tratos.

Considerando a concepção defendida por essa autora, demarcamos que o conceito de violência familiar adotado no presente trabalho se constrói a partir do âmbito "intrafamiliar". Desse modo, focaliza-se uma forma de violência familiar, que embora afete de maneira ampliada as interações familiares e seus membros, dirige-se às crianças e adolescentes.

Na literatura especializada, costuma aparecer a idéia de que a violência familiar se expressa de diferentes formas e em todas as classes sociais (Camargo & Buralli, 1998: 28).

Levando em conta as diferentes formas de entender o que vem a ser família, analisadas na seção anterior, observamos a existência de várias fronteiras entre o que é e o que não é familiar, tornando mais complexa ainda a análise da questão.

As teorias acerca da violência familiar também possuem uma historicidade e um amplo conjunto de implicações ideológicas subjacentes sobre a família que pratica/vivencia tais atos e os vários personagens e papéis que são desempenhados nessas interações.

David Finkelhor, Murray Straus e Richard Gelles, autores clássicos nesse campo, organizaram um livro que foi um marco nos anos 80: "*The Dark Side of Families*" (O lado obscuro das famílias). Nessa obra, que conta com a colaboração de vários outros importantes pesquisadores, são delineadas algumas idéias e teorias que ainda hoje constituem referências para a atuação.

Gelles (1983) e Straus (1983), superando os modelos explicativos baseados na psicopatologia, vão defender os modelos multicausais da violência familiar, correlacionando fatores psicológicos, culturais, relacionais, socioeconômicos, entre outros.

Finkelhor (1983) observa que a denominação de *violência familiar* não se traduz apenas por uma simples agressão ou agravo provocado por um membro familiar contra outro. Mas os atos violentos que ocorrem no interior da família são antes de tudo um abuso de poder, seja pela ruptura de elos e vínculos de confiança, seja pelo uso da força. O mais ilustrativo exemplo seria o abuso sexual. Nesse tipo de abuso podem ser conjugadas duas dimensões de poder: o masculino vitimizando o feminino e o mais velho vitimizando o mais novo. No âmbito dos maus-tratos físicos também ocorre o poder do mais forte vitimizando o mais fraco.

Ainda segundo o autor, a violência familiar pode trazer comprometimentos a crianças e a adolescentes que se diferenciam dos maus-tratos ocorridos fora da família. Em todas as formas de violência familiar, os maus-tratos ocorrem num contexto de violência psicológica e exploração, que é denominado pelo autor como "lavagem cerebral". As vítimas não são apenas exploradas ou maltratadas psicologicamente. Seus agressores, mediante seu poder e a conexão familiar, controlam e manipulam a percepção da realidade de suas vítimas. Assim, crianças abusadas são referidas, por seus agressores, como ruins e incontroladas; esposas

maltratadas são persuadidas pelos maridos a acharem que são incompetentes, histéricas e frígidas; abuso sexual cometido contra crianças induz as vítimas a acreditarem que a atenção sexual de seu abusador é normal e atesta uma grande e genuína afeição.

Assim, Finkelhor (1983) aponta que os efeitos da violência familiar podem ser devastadores, uma vez que a família é o primeiro grupo onde se constroem as realidades individuais. A distorção da realidade e os comprometimentos da auto-imagem são exemplos desses efeitos.

Como se observa, já se alargava a concepção dos danos psíquicos relacionados a quaisquer formas de violência. Contudo, a dinâmica da violência familiar será explicada, sobretudo, a partir da polarização da díade agressor-vítima.

Gelles (1983) vai discutir a "teoria do controle social" para explicação do fenômeno violência familiar e sugere sua inclusão para orientar os modelos de atendimento. Para o autor, essa violência é praticada porque *pode* ser praticada, isto é, porque não há mecanismos suficientes de regulação social que a impeçam de ser posta em prática. Deveria estar mais claramente difundido que há punições e custos para quem a pratica. Assim, uma implicação para o "tratamento" é primeiramente deixar claro à pessoa que pratica violência familiar que ela *não pode* fazê-lo, "*cancelar sua licença para bater*". Gelles defende que não se trata de rotular essa pessoa de "abusador" ou "agressor", o que teria um efeito ainda mais nocivo para a dinâmica familiar, mas fazê-la entender que é responsável pelo ato abusivo. Tais postulados vão alimentar o amplo debate sobre a responsabilização das pessoas que praticam violência familiar.

Outra concepção teórica largamente difundida desde os anos 70, mas amplamente defendida e apoiada por pesquisas nos anos 80 e 90, é a idéia do ciclo de reprodução da violência familiar, isto é, a repetição intergeracional dos modelos violentos de relação. Herrenkohl et al (1983) citam estudos realizados nos anos 70 que evidenciam a reprodução de modelos violentos durante até cinco gerações. Os autores mencionam hipóteses explicativas basea-

das: no modelo de aprendizagem social; nas relações psíquicas não resolvidas entre avós-pais-filhos, em que os pais atualizariam o ódio sentido pelos próprios pais (avós) através das relações que vivenciam atualmente com os filhos; nas respostas de imitação ao estresse sofrido quando crianças.

Nos anos 90, essa linha de estudos continuou orientando várias investigações. Straus e Smith (1995), apoiados por uma pesquisa com 8.145 famílias norte-americanas, sustentam a idéia de que crianças abusadas são prováveis agressores no futuro. Entre as conclusões desse estudo, os autores observam que pais que foram vitimizados em sua infância apresentavam um índice de violência contra os seus filhos duas vezes maior do que os que não tinham sido vitimizados, quando crianças.

Dois estudos nacionais enriquecem a discussão acerca da reprodução e conexões da violência familiar. Dias (2004), estudando violência familiar a partir da fala de 205 mulheres com filhos recém-nascidos em maternidades públicas, investigou a frequência da violência física contra a criança/adolescente ocorrer concomitantemente à violência entre o casal. Nas famílias em que a mãe é mais velha (40 anos) e tem vários filhos, cujo parceiro é analfabeto e consome álcool/drogas, Dias estimou a prevalência de 98% de ocorrer violência física, seja contra a criança ou entre o casal. Preocupa a estimativa de que em 85% desses domicílios a violência atingiria tanto filhos quanto pais. Quando as situações de risco diminuem, reduzem também as estimativas de prevalência de co-ocorrência de violência: em famílias com mãe nova (20 anos) e apenas uma outra criança na casa, cujo parceiro tem nível superior e não usa drogas/álcool, a autora estimou a ocorrência de 24% de violência contra criança ou casal e em 1,8% a possibilidade da agressão atingir tanto filhos quanto pais.

Outra investigação realizada com 1.685 escolares mostra a associação entre vivenciar várias formas de violência: os adolescentes que sofreram violência familiar física severa, sexual ou psicológica declararam duas vezes mais existir violência entre os pais e entre os irmãos e três vezes mais serem vítimas de violência na comunidade e na escola. Também informaram três vezes mais te-

rem transgredido normas sociais (Assis e Avanci, 2004). Embora já se tenha certeza sobre a importância da violência familiar na formação infanto-juvenil, muito ainda se desconhece sobre os mecanismos e influências que podem interferir nesse processo.

Uma alternativa à idéia da inevitável reprodução da violência surge, especialmente a partir dos anos 80, com o conceito de resiliência. Junqueira & Deslandes, (2003) revelam que essa abordagem se inicia desde os fins dos anos 70, a partir da psicopatologia, quando se discute que algumas crianças, criadas com pais alcoolistas, não apresentavam “carências” psicossociais, mas sim uma “adequada” qualidade de vida. Nas décadas seguintes há um interesse crescente por conhecer essa habilidade/capacidade de enfrentar de forma positiva fatores estressores. Como ressaltam as autoras,

A resiliência não significa um retorno a um estado anterior, mas sim a superação (ou adaptação) diante de uma dificuldade considerada como um risco, e a possibilidade de construção de novos caminhos de vida e de um processo de subjetivação a partir do enfrentamento de situações estressantes e/ou traumáticas (Junqueira & Deslandes, 2003: 228).

Desse modo, não se trata de resistência, mas de uma capacidade (singular e também socialmente adquirida) de sair-se bem frente a fatores potencialmente estressores (Lindström, 2001).

A resiliência pode ser vista como o resultado da interação positiva entre aspectos individuais, contexto social, quantidade e qualidade dos acontecimentos no decorrer da vida e os chamados fatores de proteção encontrados na família e no meio social (Lindström, 2001). Assim, a resiliência pode ser vista como a interação entre atributos pessoais, os apoios do sistema familiar e aqueles provenientes da comunidade (Kotliarenco et al,1997).

É também um atributo que pode ser promovido pelas instituições socializadoras ao longo da vida. Nesse caso, ajudaria a contrabalançar parte dos prejuízos causados pela violência. Estudo que acompanhou indivíduos desde o nascimento até 40 anos de idade constatou a relevância da infância, especialmente dos pri-

meiros anos da vida infantil, como momento crucial para que os indivíduos se tornem resilientes na meia-idade. Todavia, essa investigação verificou outro importante fato: boa parcela das crianças e adolescentes avaliados pelos pesquisadores como não resilientes nessas fases iniciais da vida se tornou resiliente na vida adulta, conseguindo, mesmo que tardiamente, receber suporte externo de suas comunidades de convivência e elaborar suas dificuldades alcançando maior inserção na vida social e mais satisfação com a vida. (Werner e Smith, 2001).

Um estudo sobre resiliência realizado com 997 adolescentes de escolas públicas de São Gonçalo/RJ mostrou que essa capacidade está presente entre muitos jovens, especialmente os do sexo feminino. Entre aqueles com maiores níveis de resiliência foi constatada a presença de vários fatores de proteção durante a infância e adolescência, a exemplo de apoio social e maior supervisão familiar. Atributos pessoais também estão presentes, tais como autoestima mais elevada, melhor relacionamento com outras pessoas (amigos e professores) e um sentimento de satisfação com a vida que levam (Pesce, 2004).

O contraponto entre o ciclo da violência e o conceito de resiliência está presente nos textos atuais, que problematizam: *“até que ponto esse círculo vicioso é uma experiência universal que independe do como as diferentes culturas interferem e acomodam as relações entre pais e filhos?”. Muitas incertezas decorrem do fato de que “os estudos tratam de uma probabilidade, uma maior vulnerabilidade, mas não de uma lei inexorável”* (Gomes et al, 2002: 710).

Ilustrando a complexidade dos modelos explicativos dos maus-tratos, menciona-se a revisão feita por Muza (1994). Segundo esse autor, o comportamento abusivo pode ser explicado por vários modelos: *modelo psicodinâmico*, como resultado de uma recíproca e contínua interação de determinantes pessoais e ambientais; *modelo da aprendizagem social* – quando os filhos aprendem o comportamento agressivo com os seus pais, adotando futuramente os mesmos procedimentos; *modelo sociopsicológico*, fruto da interação entre indivíduo e meio ambiente, enfocando os valores da vítima, do agressor e do meio estressante em que vivem; *mo-*

delo sociológico, que considera os fatores sociais como os principais determinantes do comportamento agressivo.

O autor destaca, ainda, que, apesar dessa ampla classificação, "*nenhum destes modelos, isoladamente, explica de forma suficiente a grande quantidade de relações agressivas a que estão submetidas inúmeras famílias*" (Muza, 1994: 58).

Para que se possa ampliar a compreensão acerca da violência contra crianças e adolescentes, faz-se necessário que se avance na complexidade do tema, descartando o reducionismo e o determinismo em torno do mesmo.

Atualmente se pode observar novos esforços teóricos nesse sentido. Slep e Heyman (2000) irão defender a necessidade de uma "teoria integrada" sobre violência familiar. Neste texto, a existência de uma sinergia entre as várias formas de maus-tratos é apontada, sendo rara a prática de apenas um tipo de violência. Como a maioria dos serviços de atenção constata, a co-ocorrência das formas de violência é alta e, em geral, envolve vários membros da família. Contudo, os serviços normalmente definem um tipo de abuso prioritário, que mais afeta a integridade e os direitos da criança ou adolescente em questão, secundarizando outras formas. Com essa estratégia focal (necessária, porém insuficiente), são perdidas oportunidades para a realização de trabalho integrado e mais atento à dinâmica familiar. Da mesma maneira, as formas de violência conjugal estão, na maioria das vezes, associadas à prática de violência contra as crianças e adolescentes, sendo então dividida a atuação entre serviços especializados nos dois tipos de violência.

Parece-nos claro que, ao optar pela atenção à díade agressor-vítima, perde-se de vista o campo das interações e papéis dos outros familiares, deixando de se compreender que:

Se está diante de uma família com uma dinâmica que inclui a violência em suas relações, estando ainda ciente de que, quando a pessoa que foi vitimizada ou o agente da agressão é retirado da família, é provável que outro membro passe a ocupar seu lugar, caso essa dinâmica não seja percebida e tratada" (Scodelario, 2002: 98).

Para que as políticas de prevenção e intervenção obtenham maior êxito, faz-se necessário confrontar os múltiplos modelos explicativos sobre violência cometida contra a infância e a adolescência. Articulando-se desde "*a singularidade de cada caso, ao conhecimento acumulado no atendimento de milhares de famílias envolvidas na prática de maus-tratos (no país e no mundo)*" (Gomes et al, 2002: 712-3).

Atendimento à Família

Considerar a família como eixo central da atenção nos casos de violência doméstica não é um paradigma inteiramente novo; contudo, seu foco estava mais centrado na ótica da responsabilização familiar sobre as situações de violência. Recentemente, a família vem obtendo papel mais destacado, discutindo-se não apenas sua responsabilização sobre a forma de cuidado oferecido à sua prole, mas principalmente sob o prisma do estímulo ao seu potencial como cuidadora, baseando-se em estratégias de promoção de "ambientes familiares saudáveis", influenciadas pelo campo da promoção em saúde.

O atendimento à família já está respaldado no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei Federal 8069/90, que se apóia em três eixos articulados entre si, formando o Sistema de Atendimento e Garantia de Direitos. 1) *Eixo de Promoção*: responsável pela deliberação e formulação da Política de Atendimento (Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente e Conselhos Setoriais como os de Educação, Assistência Social e outros); 2) *Eixo de Controle*: vigilância dos preceitos legais (sociedade civil articulada em fóruns, frentes, pactos e ONGs de estudo e pesquisa); 3) *Eixo de Defesa*: responsabilização do Estado, da sociedade e da família pelo não atendimento ou violação dos direitos da criança e do adolescente (Conselhos Tutelares, Ministério Público, Varas da Infância e Juventude).

No Brasil, a partir de 2001, o Ministério da Saúde apresenta ao país sua Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Nesse documento se reconhece que "*na infância o ambiente doméstico é o principal local onde são gera-*

dos esses agravos” (p.19). O texto invoca e ratifica as propostas do Estatuto da Criança e do Adolescente ao afirmar que cabe *“aos setores de saúde e de educação a notificação e a prevenção destes casos; à saúde cabe, especificamente, o atendimento psicossocial e médico”* (p.19). As diretrizes desta política são as seguintes: promoção e adoção de comportamentos e de ambientes seguros e saudáveis; monitorização de ocorrência de acidentes e violências; ampliação do atendimento pré-hospitalar; assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas; estruturação e consolidação de atendimento para recuperação e reabilitação; capacitação de recursos humanos; apoio e desenvolvimento de estudos e pesquisas.

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

No que se refere à plena implantação do Sistema de Garantias, há, ainda, uma lista considerável de problemas a serem superados, a exemplo de: a) oferta e a continuidade das ações de sensibilização e capacitação dos profissionais da saúde, da educação, da segurança pública e dos demais atores desse Sistema, tais como Conselhos Tutelares, membros de ONGs de atendimento e defesa dos direitos, entre outros; b) criação de uma dinâmica de notificação que dê suporte institucional tanto ao profissional ou agentes que notificam quanto às famílias e suas necessidades; c) melhoria da comunicação ente Conselhos Tutelares e serviços que notificam.

Uma reflexão sobre o atendimento feita por Faleiros e colaboradores (www.cecria.org.br/pub/pub.htm) aponta três eixos fundamentais para a atenção ao abuso sexual, que pode ser visto como representativo para a violência familiar em geral: eixo do atendimento, eixo da responsabilização do agressor e eixo da defesa. O primeiro eixo se refere a diferentes instituições que execu-

tam as políticas sociais. No segundo eixo, encontram-se articulados vários níveis dos campos do Direito e da Justiça visando à função de responsabilizar judicialmente os autores de violação de direitos. O terceiro eixo se volta para a garantia dos direitos de todos os implicados na situação de maus-tratos. Os autores analisam que os diferentes fluxos do circuito são descontínuos, lentos e de insuficiente resolubilidade e que o sucesso de um atendimento depende mais do profissional do que de uma política institucional.

Os profissionais que atendem essas crianças/adolescentes e seus familiares muitas vezes se vêem isolados em suas tomadas de decisões, atuando de forma não integrada a redes e a outros agentes da área ou, ainda, sem maiores referências quanto à melhor forma de atuar. As rotinas mais sistemáticas de procedimentos, sugeridas por conselhos científicos e pelas próprias secretarias de saúde só muito recentemente estão sendo incorporadas (SBP/FIOCRUZ/MJ, 2001; Brasil, 2002).

Quanto ao tipo de atendimento que se proporciona, além das várias abordagens terapêuticas, há uma demanda crescente de ações que colaborem para a inserção da família em uma rede de solidariedade para que possa, pela socialização de seus problemas, buscar formas de superação.

Essa dimensão social se faz necessária e é justificada por estudos clássicos. Em geral, famílias que convivem com a violência se encontram socialmente mais isoladas do que as que não apresentam esse padrão de comportamento (Gelles, 1983). Assim, uma rede de suporte social pode contribuir para que ambientes familiares tornem-se menos violentos.

Entretanto, para que o atendimento tenha uma direção que ultrapasse a da clínica (médica, psicológica), é necessário que haja um trabalho de equipe teoricamente e tecnicamente preparada com uma abordagem interdisciplinar e com experiência de reflexão de sua prática, para que a complexidade da violência familiar possa ser, minimamente, compreendida e caminhe num processo de superação.

Como mencionado por Carvalho (2002), os serviços de atendimento a famílias que conseguem ter uma escuta empática no lugar de uma atenção burocrática, mecânica e fria, conseguem atuar e caminhar na solução dos problemas e/ou na participação dos usuários na busca das soluções. Segundo a autora, esses serviços devem pensar na condução de suas ações acerca dos seguintes princípios: o destaque das dimensões éticas, estéticas e comunicativas; a promoção da auto-estima; a focalização do potencial do grupo familiar e o fortalecimento de vínculos.

Considerando-se os serviços e iniciativas existentes, seja no âmbito da área pública como das ONGs, um item merece reflexão mais aprofundada desses diversos atores: a atenção à família e seus graus de responsabilização. Esse aspecto é geralmente ancorado em dicotomizações do tipo agressor-vítima. Portanto, constituem enormes desafios tomar a família e sua dinâmica como o foco da atenção e como parceira do atendimento; promover um suporte em rede para que essa família possa vir a ser, de fato, a protagonista qualificada dos cuidados da criança e adolescente.

É importante que a ação profissional não se limite a identificar quem executa a violência, com base na crença de que tratar individualmente o agressor ou os agressores é a única intervenção necessária. Tomamos como hipótese que essa ação poderá ser mais eficiente se for mais ampliada. Dentro dessa perspectiva, os nexos entre as formas de violência e as relações entre os diversos papéis que os diferentes membros da família ocupam devem ser desvelados e desconstruídos. A sobreposição de ocorrências e fatores de risco presentes nas situações de violências familiares indica a necessidade de se caminhar para uma abordagem mais integrada, fugindo do reducionismo de se enxergar apenas a especificidade de um tipo de maus-tratos (Slep & Heyman, 2001).

A reincidência da agressão também é um desafio para os serviços e programas de atendimento à violência familiar. Segundo um estudo (Terling, 1999) desenvolvido num serviço de proteção à infância, 37% das crianças atendidas voltam ao serviço para novo atendimento. Em geral, o reingresso no serviço revela casos de negligência associada a pais com problemas de abuso de subs-

tâncias, limitação de competência e uma falta de qualidade de apoio social.

O autor aponta para a necessidade de pesquisas que correlacionem os fatores de risco que contribuem para a reincidência. Tais pesquisas tanto podem ajudar na decisão do encerramento do atendimento como também podem oferecer evidência indireta sobre as áreas onde as intervenções alcançam menos sucesso, indicando sugestões para futuros estudos sobre as deficiências dos serviços de atenção. Nesse sentido, as pesquisas sobre violência contra crianças e adolescentes precisam caminhar não só na direção de identificar as relações violentas entre familiares, mas também avaliar se políticas e práticas de proteção estão sendo efetivas.

A qualidade e padronização dos registros de atendimento são outros aspectos que merecem a ponderação de estudiosos e técnicos. A melhoria desses registros, além de garantir a comparabilidade, pode representar um mapa para elaboração de medidas preventivas à violência familiar.

Por último, observa-se que o sucesso de atendimento não se esgota num serviço ou num conjunto disperso deles. Diante da complexidade da violência familiar, os profissionais, como técnicos e cidadãos, sabem que é preciso caminhar para a constituição de uma rede integrada que atue não só junto à interrupção da violência, mas também seja capaz de se voltar para ações que trabalhem na direção de transformação de estruturas sociais que causam ou potencializam a violência. Esse processo começa pelo enfrentamento das normas e valores que legitimam a violência, passando pela participação dos conselhos que fazem parte do Sistema de Garantia de Direitos e pela implementação de leis que protejam as pessoas, até chegar à redução das desigualdades econômicas e socioculturais.

Horizontes e ferramentas para a construção e análise dos dados

Tomamos como horizonte para a construção e interpretação dos dados a proposta da *triangulação de métodos*. Originalmente defendida por Denzin (1973), essa perspectiva fala da inserção de múltiplas técnicas, observadores e métodos, visando ampliar as referências e “olhares” sobre certa realidade social que se busca investigar. Assim, dialeticamente, são contrastados depoimentos, observações, análise de textos e de dados estatísticos produzidos *pelos* e *com* os agentes de cada serviço/programa estudado.

Nessa proposta, os métodos quantitativos e qualitativos estariam articulados, buscando compreender a extensividade e a intensividade dos processos sociais. Parte-se do princípio de que a quantidade é uma dimensão da qualidade do social e que toda forma de conhecimento é histórica (Minayo & Sanchez, 1993).

Triangulação implica não apenas a articulação de diferentes ancoragens metodológicas, mas também o diálogo de pesquisadores de formações científicas diferenciadas (epidemiologistas, pedagogos, sociólogos, psicólogos, antropólogos, estatísticos e comunicólogos), realizando uma perspectiva dialógica e um esforço mútuo de comunicação entre os distintos saberes (Deslandes & Assis, 2002). Minayo e Minayo (2001:20) defendem que a triangulação é fruto de um trabalho crítico de *“um grupo que coletiviza, cruza e interage com informações e conhecimentos”*. Trata-se de um trabalho que conjuga diferentes saberes, métodos e disciplinas, mas, sobretudo, exige diálogo e convivência entre pesquisadores.

O desenho da pesquisa

Considerando a diversidade das experiências que existem hoje no campo de atenção às famílias que praticam/sofrem violências; a restrição de tempo; os recursos para a pesquisa e a dimensão

continental do país, optamos por trabalhar com a dinâmica de *estudo de caso*.

O *estudo de caso* constitui uma modalidade de pesquisa que se presta à descrição e à comparação (Triviños, 1990). Visa à descrição detalhada de como se organiza e se relaciona o grupo ou instituição estudados, assim como à comparação com outras iniciativas semelhantes, para daí extrair um conhecimento que permita, ao mesmo tempo, saber mais sobre experiências específicas e refletir sobre o campo daquelas práticas.

O estudo de caso opera ainda um duplo movimento. O primeiro se volta para a tentativa de compreender, da forma mais abrangente possível, o grupo ou a organização sob estudo, buscando conhecer de maneira detalhada suas singularidades, seus membros, a forma de interação e a lógica institucional, ideológica ou cultural que ancora suas ações e saber ainda como o grupo sob investigação se correlaciona com o contexto social mais amplo. O segundo movimento diz respeito à tentativa de *“desenvolver declarações teóricas mais gerais sobre regularidades do processo e estruturas sociais”* (Becker, 1993, p.118).

Bourdieu (1998) defende que o exercício do estudo de caso pode ser visto como princípio epistemológico para a pesquisa social. Segundo ele, constituído o caso, visto como um sistema coerente de relações, deve-se interrogá-lo sistematicamente para dele extrair propriedades gerais.

Após mergulharmos completamente na particularidade do caso estudado sem que nela afoguemos, como faz a idiografia empirista, e realizarmos a intenção de generalização, que a própria ciência, não pela aplicação de grandes construções formais e vazias, mas por essa maneira particular de pensar o caso particular que consiste em pensá-lo verdadeiramente como tal”. (Bourdieu, 1998: 32-3).

O caso pode ser analisado sob um único referencial teórico ou pode ser abordado a partir da integração de várias teorias. À luz de qualquer uma dessas perspectivas, esse desenho de pesquisa volta a atenção para a possibilidade de se construir o co-

nhecimento a partir da singularidade de um caso ou de um conjunto restrito de casos (Stake, 2000).

O estudo de um caso, ou de um grupo deles, não permite a generalização dos resultados para a totalidade de casos. A maior contribuição dessa modalidade de estudos é explorar situações e tendências, debatendo, à luz das respostas criativas e singulares dos grupos ou instituições escolhidas para a pesquisa, quais são suas influências e resistências frente a um modelo geral de atendimento ou a um contexto social. Contudo, outras formas de generalização podem ser produzidas (Bronfman & Castro, 1997): a) generalização conceitual ou analítica, quando, a partir do estudo de realidades específicas, são construídos conceitos aplicáveis a outros sujeitos e grupos; b) generalização por “tipificações”, isto é, quando as expressões de pessoas que pertencem a certo grupo revelam as lógicas culturais, a ordem estabelecida e vigente para o grupo como um todo.

A análise dos casos aqui apresentados possui um caráter de *estudo exploratório*, ou seja, de uma análise das experiências de atendimento dos serviços e programas¹ visando sondar tendências e posturas. Contudo, esta pesquisa não configura uma avaliação de serviços, o que remeteria a um campo teórico específico e à utilização de, pelo menos, alguns indicadores de análise de estrutura, processo e resultado.

A amostra: a difícil escolha dos serviços e programas

Entre os vários serviços e programas existentes no país que atendem famílias que vivenciam o problema da violência, quais escolher para compor o estudo?

Muitas seriam as possibilidades de desenho amostral e muitos os critérios possíveis. Todas as escolhas continham possibilidades e limitações. Buscamos compor, a fim de ampliar esse estudo exploratório, um conjunto que permitisse um olhar sobre a

1 As iniciativas escolhidas incluíram tanto *serviços*, com uma estrutura organizacional própria, quanto *programas*, que na maioria das vezes constituíam um “braço” de atuação de determinado serviço. A fim de facilitar a redação, todas as iniciativas estudadas estão referidas ao longo do texto como “serviços”.

diversidade regional e sobre o variado leque de experiências existentes no país.

Assim, optou-se por uma amostra de conveniência composta por dois serviços: uma organização governamental (OG) e uma não-governamental (ONG) de cada região do país, perfazendo um total de dez serviços a serem analisados.

Foi tomado como aspecto de inclusão dos serviços o fato deles serem considerados como referência de atendimento para a região onde atuam. Tal escolha, baseada em critérios qualitativos, se justifica uma vez que pretendíamos analisar experiências que tivessem um ou mais dos seguintes critérios: a) abordagem centrada no atendimento às famílias; b) trajetória histórica consolidada; c) continuidade de ação; d) referência para o atendimento na região. Certamente que muitas das iniciativas que cumprem tais prerrogativas não puderam ser incluídas no estudo, devido à restrição de tempo e recursos e ao distanciamento geográfico.

A fim de constituir uma referência mais válida para a eleição dos programas/serviços de cada região, solicitamos aos conselheiros de direitos das respectivas regiões e a outros membros do Sistema de Garantia de Direitos, a indicação das organizações cujo atendimento estivesse voltado para a família com problemas de violência contra crianças e adolescentes.

Durante as visitas às instituições, observamos que nem todas as organizações escolhidas, a partir das indicações, realizavam um atendimento integrado, envolvendo a família. Na realidade, muitas centravam foco no atendimento a crianças e adolescentes vítimas em diversos âmbitos da vida social, e não especificamente pelo sistema familiar.

A despeito das informações anteriormente obtidas com os membros do Sistema de Garantia de Direitos das diferentes regiões, constatamos com frequência que havia um precário conhecimento dos profissionais que labutam no Sistema de Garantia sobre as reais ações dos serviços. Percebemos, ainda, que a idéia de *incluir a família* no atendimento possui sentidos diferentes para os informantes e para as organizações.

Assim, os desafios da definição da amostra transcenderam os critérios estabelecidos, revelando, *a priori*, um diagnóstico de inserção parcial da família no atendimento. Por tais motivos, no corpo desta pesquisa será comum a nomeação de “serviços que atendem crianças/adolescentes vítimas de violência” pois foi a realidade encontrada no trabalho de campo.

Em síntese, a escolha dos serviços no estudo pautou-se pelos seguintes critérios: diversidade regional; diversidade entre as experiências governamentais e não-governamentais; referência entre as iniciativas de atenção da região. Neste ponto se ancora o caráter inédito da proposta, que culminou na experiência obtida no próprio processo de busca, identificação e análise dos serviços.

Certamente, ao defender tal desenho levamos em conta que há diferenciação entre o acervo de iniciativas nas regiões, especialmente concentradas no eixo Rio-São Paulo. Contudo, ao garantir a inserção das cinco regiões brasileiras pode ser possível traçar um mapa inferencial e exploratório mais ampliado.

O capítulo 2 apresenta uma caracterização dos serviços visitados e suas principais propostas institucionais. Os nomes e a localidade das instituições não estão identificados ao longo do texto, para não ferir preceitos éticos de pesquisa. Apontamos a denominação dada pelo próprio serviço a sua natureza organizacional, portanto sua autodenominação. Devido às necessidades da análise, muitas vezes foi necessária uma descrição mais detalhada do atendimento oferecido pelos serviços. Reconhecemos que algumas dessas descrições, essenciais à compreensão dos dados, poderão propiciar que profissionais afinados com o sistema de atendimento existente no país identifiquem o serviço a que se está referindo o relato. Tal possibilidade foi debatida e acordada com os responsáveis pelos dez serviços.

Operacionalização da pesquisa

Como já dito, empreendemos uma abordagem que conjugou as leituras quantitativas dos dados que caracterizam os serviços/programas, como o atendimento por eles prestados e a análise qualitativa das experiências e concepções dos sujeitos que deles participam.

A construção dos instrumentos de pesquisa foi fruto de reflexão coletiva de toda a equipe de pesquisa do CLAVES e do UNICEF e ainda contou com o apoio de duas consultoras, uma da área de atendimento e terapias de famílias e outra, da área de defesa e promoção de direitos da criança e do adolescente.

A coleta de dados de cada região foi de responsabilidade de dois pesquisadores do CLAVES² e de um técnico local, membro do serviço. Os dez técnicos locais, utilizando dois instrumentos (um questionário sobre dados de atendimento e outro sobre a estrutura e condições da organização) viabilizaram a coleta dos dados quantitativos dos serviços e agendaram os horários para a visita da equipe do CLAVES aos municípios. Nesses momentos de visita às instituições, os pesquisadores, além de supervisionarem o preenchimento dos instrumentos quantitativos, foram responsáveis pela construção de todos os dados qualitativos.

A ABORDAGEM QUANTITATIVA privilegiou: identificação da instituição que acolhe os serviços e dos próprios serviços; instalações físicas e equipamentos; clientela atendida (crianças, adolescentes, familiares, autores de agressões, faixa etária, sexo, tipo de violência); motivos para a criação dos serviços; formação das equipes (critérios de seleção, capacitação, carga horária); e sustentabilidade institucional.

A ABORDAGEM QUALITATIVA focou: significados, valores e concepções atribuídos pelos profissionais (técnicos e coordenadores) e familiares ao atendimento que é oferecido; capacidade de inclusão da família; e formas de operacionalização dessa estratégia.

Foi realizada uma sessão de *grupo focal* com os técnicos de cada serviço. Com essa técnica, pudemos registrar suas reflexões sobre: a) proposta do serviço; b) capacidade das famílias de suportarem as vivências e dinâmicas violentas; c) formas de envolvimento dos familiares no atendimento; d) tipo de atendimento capaz de

2 O Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli (CLAVES) é composto por pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e do Instituto Fernandes Figueira (IFF), unidades da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

ser mais efetivo para a superação de dinâmicas familiares violentas; e) linha teórica ou terapêutica adotada; f) rotina de atendimento; g) abandono dos usuários; h) indicadores de atendimento bem-sucedido; i) articulações do serviço com a rede de iniciativas de proteção à criança, adolescente e seus familiares.

Os coordenadores de cada serviço foram ouvidos por meio de entrevistas *semi-estruturadas*. Todos os técnicos e coordenadores responderam às mesmas questões, com exceção de uma adicional feita aos gestores sobre os critérios para seleção e capacitação da equipe.

Da mesma forma, a modalidade de entrevistas permitiu o registro dos depoimentos de um familiar atendido em cada serviço. Nessas ocasiões realizamos o registro das seguintes temáticas relacionadas ao atendimento: tempo que frequenta; descrição da experiência; tipo de ação que lhe foi dispensada; impressões gerais de sua família e de outras que frequentam o serviço sobre a atenção recebida; confiança que deposita no serviço; motivos para abandono e sugestões para evitá-lo; mudanças observadas nas relações familiares após o atendimento; e sugestões para melhoria do atendimento.

O critério de seleção dos familiares foi unicamente o de estar sendo atendido pelo serviço. Buscamos mesclar tanto informantes há mais tempo vinculados quanto familiares recentemente atendidos, compondo um painel das diferentes experiências. Dos 11 entrevistados, a maioria era de mães (apenas um pai). Foi realizada uma entrevista a mais a fim de suprir as sucintas informações concedidas por uma das entrevistadas. Entre todos os entrevistados, apenas uma mãe foi responsável pela agressão que levou a criança ao atendimento. Assim, a maioria foi composta de mães não-agressoras. Como se verá nos capítulos posteriores, essas mães representam o perfil do familiar tipicamente atendido pelos serviços em seu cotidiano.

A cada visita procedemos a uma breve *observação de campo* que ofereceu dados complementares aos depoimentos. Foram alvos de observação: a) *ambiente físico/instalações*, incluindo as

condições de acesso da população usuária à sede do serviço; a proximidade a outras instituições de atendimento e defesa dos direitos da criança; as condições das instalações; b) *ambiente relacional*, contemplando a relação entre profissionais da equipe; a forma como os usuários são recebidos; e o contato/interação entre famílias usuárias.

Totalizando os instrumentos, foram feitas dez entrevistas com coordenadores, 11 entrevistas com familiares atendidos, dez sessões de grupo focal, envolvendo 68 técnicos e dez observações de campo. Além disso, de forma complementar, foi realizada uma entrevista com um técnico responsável por uma ONG situada na Região Sudeste, com enfoque no atendimento ao autor de agressão, questão considerada crucial para a compreensão do atendimento à família. Ainda em termos complementares, uma psicóloga de uma universidade da Região Norte foi entrevistada, pelo reconhecimento de sua experiência na área da violência familiar e seu conhecimento da região. Embora não citados formalmente, tais dados serviram de enriquecimento da análise.

A fim de garantir o anonimato dos relatos, as entrevistas foram identificadas apenas por um código que inclui a categoria (*tec* – relativo aos coordenadores e técnicos; *fam* para designar um familiar), a natureza dos serviços (OG - organização governamental e ONG – organização não-governamental) e a região (Nordeste-NE; Norte-N; Centro-Oeste-CO; Sudeste-SE; e Sul-S). As regiões estão numeradas de 1 a 5. Desse modo, OG1 e ONG 1 se referem à mesma região e assim sucessivamente.

Antes do início do trabalho de campo, para cumprir os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas com seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/FIOCRUZ), tendo sido o mesmo aprovado pelo referido comitê. Todos os sujeitos que participaram do estudo, cumprindo recomendações da mencionada resolução, leram e assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a sua participação.

A construção da análise – os vários textos que se entrelaçam

Os depoimentos (provenientes das entrevistas e grupos focais) foram interpretados segundo os princípios da *análise de conteúdo*, a partir de sua modalidade *temática*. A técnica de análise temática "*consiste em descobrir os 'núcleos de sentido' que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido*" (Bardin, 1979:105). Com essa técnica, pode-se caminhar, também, na direção da "*descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo analisado*" (Gomes, 2000:74). A análise de conteúdo foi conduzida basicamente por um recorte interpretativo, priorizando os aspectos hermenêuticos e preterindo a vertente quantificadora (Minayo, 1992).

A partir desses princípios, foram percorridos os seguintes passos de análise: a) leitura flutuante de todos os materiais; b) identificação e comparação das diferentes idéias e sentidos contidos em cada pergunta; c) descrição dos principais significados atribuídos pelos sujeitos (núcleos de sentido) nas respostas dos profissionais e familiares; d) criação de hipóteses interpretativas.

Empreendemos, ainda, uma *análise de discurso* dos objetivos/propostas documentados nos materiais de divulgação que foram produzidos pelos serviços e contrastadas tais proposições com os depoimentos dos técnicos. Esse confronto entre os textos escritos (documentos) e falados (depoimentos) enfoca alguns aspectos ideológicos e institucionais (Fairclough, 2001).

Os dados quantitativos foram analisados descritivamente por serem apenas dez os serviços envolvidos no estudo e pela fragilidade das informações, especialmente decorrentes de problemas no registro dos dados, tema a ser abordado ao longo do texto.



Propostas institucionais

Este capítulo apresenta uma sucinta caracterização dos serviços a fim de facilitar a compreensão das propostas/objetivos institucionais de cada um deles. Conforme descrito na metodologia, por cuidados éticos e para cumprir a garantia de confidencialidade acordada com os serviços, omitimos seus nomes bem como sua identificação regional. A menção aos vínculos regionais foi feita apenas na análise de tendências, sem identificações nominais. A análise dessas propostas deu-se a partir da ótica dos sujeitos e do confronto entre os textos produzidos pelos serviços (para divulgação interna ou externa) e os depoimentos dos profissionais. Tal análise permite: realizar uma leitura transversal das propostas; traçar algumas tendências e contradições que se evidenciam; e delinear aspectos da identidade social dos serviços.

No primeiro eixo dessa análise é focalizada a ótica dos profissionais sobre as propostas de trabalho, aprofundando sempre que possível as diferenças entre organizações governamentais e não-governamentais.

No segundo eixo procura-se comparar as propostas que estão descritas em materiais institucionais internos e de divulgação ao público (*folder*, cartilhas, boletins, entre outros), com a reflexão feita pelos próprios profissionais sobre o propósito do seu serviço (material das entrevistas e os grupos focais).

A maioria dos serviços visitados tinha material de divulgação ou informes que continham sua proposta para o atendimento. Quando o serviço não dispunha desse material, procurou-se identificar a proposta nos documentos internos. Embora designem conceitos diferentes, propostas e objetivos institucionais serão tratados como sinônimos, pois este foi o modo como o acervo analisado os retratou.

O breve perfil de cada serviço, apresentado nos quadros 1 a 10 antecedendo a apresentação da proposta institucional, mostra

algumas fragilidades. Os números de atendimento de famílias são, via de regra, fragilmente construídos. Há diferentes concepções sobre atendimento à família e muitas limitações no registro, que estão refletidas no quantitativo apresentado. Da mesma forma, muitos serviços que informam atender autores de agressões, na realidade não possuem tal ação, conforme será discutido nos capítulos que se seguem.

Proposta de atendimento à criança e sua família na visão dos profissionais

A maioria dos serviços estudados constituiu-se visando trabalhar o problema da violência familiar. Algumas ONGs mencionam, entretanto, que a proposta do serviço era, inicialmente, prestar atendimento a crianças em “situação de risco” (meninos/as em situação de rua ou de exploração do trabalho infantil, por exemplo). Como os relatos de vivência de violência familiar eram uma constante, os serviços precisaram investir nessa área de atuação. Como será visto adiante na breve caracterização de cada instituição, as organizações governamentais são, em grande parte, serviços que funcionam no âmbito do setor de saúde, sejam hospitais ou centros de saúde, que começaram a organizar um atendimento devido à grande demanda do dia-a-dia da unidade e à relevância do problema.

Em síntese, as necessidades que motivaram a criação dos dez serviços de atenção a crianças, adolescentes e suas famílias com dinâmica de violência foram as seguintes: (a) grande demanda de crianças vítimas de violência familiar e social (meninos trabalhadores e em situação de rua, seguidos por exploração sexual); (b) inexistência de locais para o atendimento das crianças/adolescentes e famílias, que sofriam violência, indicando a necessidade de uma atenção especializada; (c) falta de sistematização das ações, de estudos e pesquisas; (d) pouca resolutividade dos casos atendidos; (e) interesse acadêmico de profissionais das instituições, associado a demandas não atendidas pelo serviço; (f) organização de grupos multidisciplinares interessados na discussão teórica do tema; (g) necessidade de se desenvolver metodologia de atendimento e atividades psicoterapêuticas individuais e grupais junto a crianças, adolescentes e famílias.

As propostas de romper com a situação de maus-tratos, ou pelo menos diminuir sua constância, e a de proteger as crianças/adolescentes vítimas de violências e da violação de outros direitos constituem os focos de atuação da maioria dos serviços pesquisados.

Entre os serviços visitados, ainda que a proposta de quase todos mencione a idéia de “reequilíbrio” familiar e a busca de ruptura das práticas violentas, predomina, na prática, o atendimento centrado primordialmente na criança/adolescente, incluindo, de forma eventual ou mais sistemática, os seus cuidadores - geralmente a mãe, seja ou não ela a autora da agressão. Naturalmente há exceções a esse modelo, que buscamos retratar no trabalho. Contudo, geralmente, como se depreende das falas dos entrevistados, a família é restrita ao envolvimento de “determinado familiar”. A dicotomia entre o foco de atenção, às vezes, se torna tão evidente que são retratados como entidades distintas:

(...) a gente possa estar conversando com a criança, conversando com a família, tentando fazer ambos entenderem [a importância de buscar modelos não violentos de relacionamento] (tec/ONG 2).

O envolvimento efetivo dos demais familiares é um grande desafio para os serviços e para a família, como se verá ao longo do texto. Verificamos poucas, mas importantes exceções a esse modelo.

Num viés de trabalho mais típico aos serviços de saúde, a maioria das organizações governamentais menciona como proposta de atuação prestar atendimento médico, terapêutico e psicossocial à criança/adolescente e a seus familiares. Dado que alguns desses serviços funcionam dentro de organizações hospitalares, contam com o apoio de outros ambulatórios e especialistas. Um dos serviços sintetiza a proposta de trabalho da maioria dessas organizações:

(...) fazer o diagnóstico preciso da situação (...) propor um tratamento para a criança, para sua família (tec/OG 5).

É possível observar o jargão e a lógica de atuação clínica, típica da área de saúde. O trabalho geralmente busca interromper o mais imediatamente possível a situação de abuso, acompanhar eventuais reincidências que retornem ao serviço e, a médio e longo prazo, promover mudanças no modelo de relacionamento familiar.

As propostas de atuação dos serviços enfatizam o objetivo de romper o ciclo de reprodução da violência, ora fazendo menção à literatura especializada que relata o fato de haver uma grande probabilidade de crianças que sofrem violência familiar virem a praticar atos semelhantes contra seus filhos, ora relatando que ao levantarem a história da família constatam que os pais sofreram violência na infância e agora praticam-na. Certamente, a interpretação dada à reprodutibilidade de comportamentos violentos na família irá variar conforme a leitura mais ou menos determinista, levando ou não em conta a possibilidade de resiliência - o que certamente influenciará no quanto essa meta de atuação será vista como realmente possível pelos profissionais.

(...) se nós somos e fomos capazes de construir a violência, somos capazes de construir a não violência, a paz. E o nosso comportamento é que vai dar referência pra eles (tec/ONG 5).

O trabalho com a auto-estima e a identidade das crianças e adolescentes também foi proposta da maioria os serviços, especialmente das ONGs, indicando o reconhecimento da importância dessa linha de trabalho psicossocial. Variam, porém, até num mesmo serviço, as formas de avaliação das potencialidades da criança/adolescente e o "diagnóstico" da situação, que por vezes se apresenta de forma bem pessimista:

(...) eles têm um corpo vazio. Eles não têm identidade. Eles não sabem o nome completo, nem como se escrevia, não sabem o nome do pai e da mãe, eles nunca tiveram acesso ao registro de nascimento deles. Então assim, eles não têm nada. Eles não têm identidade nenhuma (tec/ONG 5).

A consciência de gênero e a politização sobre a condição feminina também são mencionadas como propostas de trabalho

por alguns serviços que atendem meninas e enfocam o problema da exploração sexual.

Promover o apoio jurídico para que as famílias responsabilizem os agressores, se julgarem necessário, está incluído na proposta de trabalho de uma minoria dos serviços visitados.

Excepcionalmente, alguns serviços trazem ao debate suas próprias conclusões sobre a necessidade e as possibilidades de trabalhar a família de uma forma inclusiva e integrada.

Agentes de um dos serviços visitados (cuja atuação se caracteriza em várias frentes, além do trabalho com maus-tratos) sempre incluem a família e as comunidades na atenção dispensada pelo serviço. Argumentam que a proposta de trabalhar o desenvolvimento da família é justamente prejudicada pela violência:

(...) enfrentar a violência significa romper com toda essa dinâmica de manter as pessoas meio que reféns de um não desenvolvimento (...) então o grande objetivo é qualificar e melhorar as relações humanas, especialmente de adulto e criança (tec/ONG 3).

Embora ainda não tenham efetivamente conseguido trabalhar com as famílias, os profissionais de um outro serviço chegam à conclusão de que existe a necessidade lógica e estratégica de atuar na família, dado que a própria eficácia do trabalho que é feito com as adolescentes que atendem, seja de valorização das meninas, de protagonismo e de auto-estima, se vê fragilizada quando a família tem dificuldades de estimular e apoiar seus integrantes.

(...) há uma lacuna de sustentação dessa auto-estima dentro da família...percebe-se que o que é construído aqui não é sustentado de fato (...) foi quando a gente começou a questionar, como fazer essa intervenção não só direcionada para a adolescente(...) mas também cuidar do espaço da família dela, para que o que seja construído não seja destruído lá, e também de orientar seus pais (tec/ONG 1).

Esses mesmos profissionais, em consenso ao depoimento dos agentes dos demais serviços, argumentam que há uma gran-

de lacuna de organizações que atendam às famílias. Concordam que um único serviço não poderia tomar para si o atendimento de todas as demandas que as famílias apresentam (terapêuticas, econômicas, socioeducativas, de inclusão social, entre outras). Assim, procuram estimular a autonomia e a consciência dos direitos dos familiares com que têm contato para que estes busquem a rede de serviços públicos, reivindicando seus direitos.

Propostas/Objetivos Institucionais - Leitura de diferentes "Textos"

Cada serviço enuncia seus objetivos nos materiais de divulgação ou nos documentos internos e esses foram problematizados ou reafirmados nos depoimentos dos profissionais, fornecendo elementos que subsidiam essa discussão.

Algumas considerações podem ser feitas a respeito desse eixo de análise. Ao se propor investigar os textos à luz da análise de discursos, tem-se consciência das limitações metodológicas ao se deparar com o grande volume de impressos sobre os serviços, o que impede o aprofundamento dos demais aspectos discursivos. Retomando Fairclough (2001), constata-se que essa opção não busca formular assertivas do tipo: *o que realmente se oculta por trás dos enunciados das propostas de cada serviço*. Como toda produção discursiva, entende-se que a construção dessas propostas embute objetivos concretos e claros, identificados pelos profissionais que atuam nessa área, mas também objetivos idealizados que nem sempre correspondem às reais condições de trabalho das equipes e nem à estrutura oferecida pelos serviços.

Entende-se também que os profissionais são a todo tempo interpelados pelos questionamentos que fazem a si mesmos, que as instituições fazem sobre a sua prática e que a prática faz sobre o enfrentamento do problema da violência. As incertezas, as contradições e as críticas em relação às propostas dos serviços traduzem de alguma maneira as mudanças que constantemente inquietam esses atores. Alguns profissionais mostram-se mais ativos frente às novas demandas que desafiam os serviços, possibilitando a contínua construção e reflexão de novas propostas de atendimento.

Em termos de proposição, entendemos que as informações contidas nos materiais de divulgação sobre os serviços de atenção às vítimas de violência familiar devem ser claras para orientar corretamente aqueles que buscam esse atendimento. Contudo, também se indaga se as mensagens sobre a violência em si devem ser tão explícitas nos materiais de divulgação, pois podem causar um outro tipo de efeito nas crianças, pais, parentes ou familiares autores de agressões, que é o medo de se aproximar desses serviços. Exemplos de modelos de materiais de divulgação com linguagem figurativa e ilustrações suaves podem ser consultados, para que as mensagens sobre a violência, seus danos, suas vítimas e seus autores sejam recebidas de forma produtiva e solidária.

A fim de tornar a leitura mais dinâmica apresentamos, a seguir, dez quadros que sintetizam o perfil e as propostas de cada serviço.

Quadro 1: Caracterização e confronto entre as propostas oficiais e os depoimentos dos técnicos da OG1.

Caracterização

Centro vinculado à Secretaria Municipal de Política de Assistência Social. Atende crianças/ adolescentes e famílias envolvidas em dinâmica de violência familiar, moradoras no município em que está localizado. Iniciou as atividades em 2002, tendo atendido 43 crianças e adolescentes de ambos os sexos e 6 famílias até o início de 2003. O atendimento à família é mais dirigido à mãe e avó. Não faz atendimento ao agressor. Possui sede própria, várias salas para atendimento, bem equipadas. Tem uma equipe multidisciplinar de 11 pessoas.

Proposta institucional

O material de divulgação analisado descreve que a proposta do serviço é o atendimento médico, jurídico e psicossocial às crianças e adolescentes vítimas de violências e exploração sexual, e às suas famílias. Ressaltam-se algumas discordâncias:

- Os depoimentos dos profissionais apontam para uma debilidade dessa proposta no que se refere à capacidade de atendimento aos demais tipos de violência, que não a exploração sexual.

-
- Para um técnico do serviço, a especificidade do atendimento à família não existe no serviço, a despeito de ser uma das suas concepções. Um outro profissional reconhece essa contradição e a intenção do serviço de apoiar a família a se “reestruturar”.

Quadro 2: Caracterização e confronto entre as propostas oficiais e os depoimentos dos técnicos da OG 2.

Caracterização

Centro de saúde mental ligado à Secretaria Municipal de Saúde. Atende crianças e adolescentes de ambos os sexos vítimas de violência familiar, bem como suas famílias. Recebe moradores do município em que está localizado, sendo também referência para os municípios vizinhos. Iniciou atividades em 1998, tendo atendido 69 crianças/adolescentes na faixa de 5-17 anos de janeiro de 2000 a junho de 2002. Realizou 256 atendimentos às famílias, especialmente mães. Não atende o agressor. Tem sede alugada, dispondo de 3 salas para atendimento. Possui uma equipe multidisciplinar de 13 pessoas, contando ainda com 8 estagiários.

Proposta institucional

No documento da proposta de implantação está a necessidade de reestruturar um serviço voltado para o atendimento de crianças/adolescentes com transtornos mentais (nos moldes da reforma psiquiátrica). Entre os objetivos descritos, destacam-se: realizar ação preventiva do transtorno mental em relação à criança/adolescente vítima de abuso sexual e maus-tratos; promover atendimento terapêutico aos familiares e/ou responsáveis, visando fortalecer a rede de apoio sociofamiliar; realizar atendimento que garanta a permanência da criança/adolescente em seu grupo familiar e comunidade escolar. Na fala dos profissionais observou-se a coerência com os objetivos propostos, sobretudo no que se refere aos casos de transtornos mentais, que constituem a grande maioria da clientela do serviço. Relações entre documentos e depoimentos:

- Embora nos objetivos se inclua o atendimento a vítimas de violência sexual e outros maus-tratos, o serviço restringe esse atendimento somente aos casos que apresentam indícios de transtorno mental.

-
- Para os profissionais, os membros das famílias são contemplados no atendimento do serviço.

Quadro 3: Caracterização e confronto entre as propostas oficiais e os depoimentos dos técnicos da OG 3

Caracterização

Programa de Atendimento à Criança Vítima de Violência que funciona em um hospital público estadual. Iniciou atividades em 1997, recebendo pacientes do município em que está situado e municípios vizinhos. Atendeu 368 vítimas de violência de ambos os sexos, na faixa etária de 0-12 anos, no período de 2000 a junho de 2002. Fez 77 atendimentos a famílias. Atende também familiares agressores, mas não registra essa informação em separado. Não possui salas adequadas para o atendimento. A equipe está composta por 8 profissionais de diferentes especialidades: assistência social, psicologia e pediatria. Conta com a equipe de apoio do hospital.

Proposta institucional

O material institucional caracteriza o serviço a partir de ações no âmbito da prevenção primária, secundária e terciária. O objetivo documentado é promover atendimento biopsicossocial à vítima de violência e atendimento psicossocial à família e ao agressor, além da formação de grupo de orientação aos pais. Ressaltam-se alguns pontos:

- A atuação preventiva do serviço parece se realizar conforme explicitam o documento e os depoimentos dos técnicos.
- No que se refere ao atendimento à família e ao agressor (explicitado no documento), na visão da equipe parece não haver êxito nessa proposta. Não se sabe se devido à dificuldade de trazer essa clientela para a dinâmica do atendimento ou à falta de suporte da equipe.

Quadro 4: Caracterização e confronto entre as propostas oficiais e os depoimentos dos técnicos da OG 4

Caracterização

Núcleo que atende crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica e suas famílias, inserido em hospital público federal

que atende a população de vários municípios do Estado. Iniciou o atendimento em 1996. Atendeu 242 casos de vítimas de violência de ambos os sexos, na faixa etária de 1 mês a 18 anos, no período de 2000 a 2002. Informa realizar atendimentos à família, mas não contabiliza os encontros. Faz atendimento a familiares agressores, mas também não registra esses atendimentos. Utiliza as salas do hospital para atendimento. Possui uma equipe de 7 profissionais da área de pediatria, psicologia, serviço social e enfermagem. Conta com pessoal de apoio do hospital.

Proposta institucional

Na ausência de um material institucional ou de divulgação escritos, as propostas foram examinadas a partir de artigo científico e teses produzidas por membros da equipe. O serviço tem como objetivo identificar, acompanhar e prevenir recorrências em casos de violência contra a criança e o adolescente, adotando uma abordagem empática para compreender melhor a dinâmica das relações intra e extrafamiliares. Levantam-se alguns pontos para reflexão:

- Embora a equipe sustente que a proposta do serviço é a interrupção do abuso e o trabalho com as famílias para alterar a dinâmica familiar, alguns técnicos são lacônicos ao referirem o acompanhamento da família, usando o tempo verbal no passado. Em alguns momentos justificam que o não acompanhamento das famílias se dá quando essas abandonam o atendimento.

Quadro 5: Caracterização e confronto entre as propostas oficiais e os depoimentos dos técnicos da OG5.

Caracterização

Programa que funciona em um hospital federal que atende a população de vários municípios do Estado. Iniciou atividades em 1986. Atendeu 149 vítimas de violência de ambos os sexos, na faixa etária de 0-12 anos, no período de 2000 a novembro de 2002. Afirma realizar atendimentos à família e aos agressores. Utiliza as salas do hospital para atendimento. Possui na equipe 8 profissionais (serviço social, enfermagem, pediatria, psiquiatria, psicologia), além de procurador da justiça como voluntário.

Proposta institucional

O serviço tem como objetivo geral prestar assistência às crianças vítimas de maus-tratos físicos, psicológicos, sexuais e negligência, bem como às suas famílias. Alguns objetivos específicos se destacam: organizar um protocolo com sistema de registro em fichário próprio, para cada caso atendido e acompanhado pela equipe ou por outra instituição; divulgar pelos meios de comunicação internos do serviço temas como a identificação do problema da violência familiar e o compartilhamento das decisões sobre os procedimentos adotados; promover e articular com entidades e autoridades legais a resolução de problemas, mediante um sistema de intercâmbio de informações. Pontos de consonância:

- As propostas mais específicas vão ao encontro dos depoimentos dos profissionais, que afirmam que a finalidade do serviço é a identificação e o atendimento dos casos de violência familiar por meio do trabalho de uma equipe multidisciplinar, devido à complexidade dos problemas que envolvem a família.
- O atendimento às famílias é, na prática, direcionado às mães, e o atendimento ao agressor é feito mais por encaminhamentos.

Quadro 6: Caracterização e confronto entre as propostas oficiais e os depoimentos dos técnicos da ONG 1.

Caracterização

Unidade que presta atendimento social, psicológico e educativo a todo o município onde está situada. Iniciou atividades em 1991. Atendeu 260 crianças e adolescentes do sexo feminino, na faixa etária dos 7 aos 18 anos no período de 2000 a junho de 2002. As adolescentes ficam na unidade no horário que não vão para a aula. Realizou 136 atendimentos a familiares no mesmo período. Afirma atender os agressores, mas não registra essa informação. Tem sede própria, uma casa com espaço físico ampliado e muito bem aproveitado, além de ser bem equipada. Possui uma equipe multidisciplinar de 29 pessoas, mais 2 estagiários.

Proposta institucional

A proposta geral, expressa na publicação institucional para divulgação, visa atender uma clientela feminina (crianças e ado-

lescentes) em situação de risco pessoal e social. Criado inicialmente para atender meninas em situação de exploração sexual, posteriormente o serviço adotou uma linha “*preventiva*” para incluir meninas que se encontram nas demais situações de risco, como o de violência física e psicológica. Destacam-se:

- A divisão desses dois momentos na história do serviço parece ainda refletir-se na fala dos profissionais, no que se refere a uma dificuldade de redimensionamento do atendimento. Contudo, conforme a estrutura do serviço é descrita no material de divulgação, evidencia-se que as unidades de atendimento procuram corresponder, de uma maneira geral, aos objetivos propostos.

- A proposta do trabalho com a família perpassa a publicação institucional e os depoimentos dos profissionais. Na descrição sobre o funcionamento da unidade, o documento ressalta que o objetivo do trabalho é “*resgatar a auto-estima*” e o “*ajuste familiar*”. Observa-se na fala dos profissionais uma postura ambígua: ora reconhecendo a importância do trabalho com a família, mas sem avaliar criticamente a distância existente entre essa proposta expressa nos documentos e o atendimento que se presta de fato; ora percebendo criticamente essa lacuna na intervenção. Essa visão mais crítica deixa entrever uma contradição entre as propostas expressas na publicação institucional e os limites da prática. Segundo depoimentos, o trabalho que se realiza consegue de fato melhorar a auto-estima das meninas. Mas, na prática, percebe-se que o investimento nas meninas pode ser anulado frente à realidade das famílias, que apenas são atendidas ocasionalmente. Em situações especiais, faz-se acompanhamento da mãe na própria instituição ou seu encaminhamento para outros serviços de apoio social.

Quadro 7: Caracterização e confronto entre as propostas oficiais e os depoimentos dos técnicos da ONG 2.

Caracterização

Instituição fundada em 1970, com a missão institucional de desenvolver ações educativas integradas e abrangentes com crianças e adolescentes em situação de rua, particularmente aquelas vítimas de exploração do trabalho infantil e exploração sexual. Apresenta como linha de ação a defesa e o controle de direitos de

crianças e adolescentes em geral, no contexto da comunidade e da rua. Atendeu, entre 2000 e junho de 2002, 2.513 crianças e adolescentes de ambos os sexos e faixa etária entre 7 e 18 anos de idade no contexto da rua, vivenciando situações de vulnerabilidade social (incluindo-se a violência familiar, que não registra em separado). As crianças/adolescentes ficam na instituição no horário que não vão para a aula. Faz atendimento às famílias e aos agressores, porém não registra essas informações. Tem sede própria, mas faltam salas adequadas para atendimento. Tem equipe de 9 pessoas, composta por assistente social, pedagogo, psicólogo, muitos educadores; conta também com um estagiário.

Propostas institucionais

O material de divulgação desse serviço apresenta diversas frentes de atuação na área da infância e adolescência, não existindo claramente uma voltada somente para vítimas de violência familiar. Os depoimentos dos técnicos afirmam que o objetivo do serviço é trabalhar com crianças e adolescentes em situação de risco (moradores de rua, trabalhadores de rua, meninas em situação de exploração sexual ou no trabalho doméstico). O serviço desenvolve vários projetos. Entre eles, destacam-se os que visam diminuir a agressividade da clientela atendida, melhorar o desempenho das crianças e dos adolescentes na escola e auxiliar no relacionamento com a família. Apontam-se pontos para comparação do material com os depoimentos:

- Os diversos projetos mostram que existem diferentes formas de violência que atingem a sua clientela, mas a equipe não se diz apta para fazer um atendimento sistemático aos casos mais graves (situações de abuso sexual, por exemplo). Esses casos mais complexos demandam atendimento por profissional especializado (psicólogos), sendo encaminhados a um serviço especializado da região. Não se verifica na publicação ou nos depoimentos um trabalho específico para realizar uma avaliação individual de cada criança/adolescente, talvez devido ao fato de envolver um grande número dessa clientela.

- Nos depoimentos dos profissionais da equipe evidencia-se a importância da família na dinâmica dos trabalhos para a socialização, profissionalização e resgate da auto-estima dessa clientela. No entanto, não se identifica nem na publicação, nem

nos depoimentos da equipe, uma sistemática para esse atendimento. Essa falta de sistematização para a inclusão da família também se estende aos agressores, que não são atendidos de forma direta, mas encontram um espaço para falar com a equipe sem, no entanto, existir uma prática profissional orientada para esses casos.

Quadro 8: Caracterização e confronto entre as propostas oficiais e os depoimentos dos técnicos da ONG 3.

Características

Centro ligado a uma universidade, recebe crianças/adolescentes vítimas de violência e seus familiares moradores do município em que está situado e dos municípios vizinhos. Iniciou atividades em 1983. Atendeu 156 vítimas de violência de ambos os sexos, na faixa etária de 0-18 anos, entre janeiro de 2000 e junho de 2002. Realizou 35 atendimentos a famílias, especialmente mãe e irmã. Não atende agressores. Possui sede própria, com salas adequadas para o atendimento realizado. Tem equipe multiprofissional de 13 pessoas.

Propostas institucionais

Segundo o material de divulgação, propõe-se o atendimento ao adolescente vítima de violência e às famílias. Os objetivos descritos no material são: promover uma compreensão de fenômenos próprios desses adolescentes; elaborar propostas de políticas públicas; desenvolver ações complementares à escola; contribuir para a capacitação de agentes sociais a fim de qualificar tecnicamente suas intervenções. Os depoimentos dos profissionais e a proposta do serviço têm em comum a idéia de melhorar as relações familiares; devolver à família sua auto-estima e sua identidade e romper com o ciclo de violência. Destaca-se uma questão:

- Há consenso na equipe de que o trabalho só é possível incorporando as relações humanas que se dão no âmbito da família e da comunidade. No entanto, os depoimentos não nos permitem identificar quais metodologias são utilizadas para abranger esses âmbitos, sobretudo o núcleo familiar, embora na publicação informem que o serviço presta atendimento terapêutico a mães.

Quadro 9: Caracterização e confronto entre as propostas oficiais e os depoimentos dos técnicos da ONG 4.

Características

Centro fundado em 1994, ligado a instituto de ensino e pesquisa, que recebe pessoas do município onde está situado e dos municípios vizinhos. Atendeu 322 crianças e adolescentes de ambos os sexos, vítimas de violência no período de 2000 a junho de 2002. Relata ter atendido 2.547 familiares, englobando os atendimentos realizados na instituição, nas visitas domiciliares e nas oficinas de prevenção que realizam em comunidades. Informa o atendimento a 785 agressores no mesmo período. Tem várias salas cedidas pela instituição que o acolhe, que também provê acesso a boas salas para atendimento, alguns equipamentos e infra-estrutura. Possui uma equipe multidisciplinar com 19 profissionais, incluindo psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais.

Propostas institucionais

O material de divulgação descreve que o serviço atende crianças e adolescentes vítimas de violência e/ou exploração sexual. O objetivo principal é: prestar serviços à comunidade, atendendo também às demandas de outras instituições que recebem denúncias de violência contra crianças, adolescentes e mulheres. O serviço também atua na área de capacitação de profissionais para trabalhar com violência familiar. No depoimento de um profissional da gerência do serviço, a proposta principal é a reinserção social da família e a realocação dos papéis parentais. Nos depoimentos dos demais profissionais desse serviço evidencia-se que o enfoque da família sempre esteve presente no trabalho. Na trajetória do serviço foram agregando ações de intervenção nas comunidades, o atendimento socioeducativo, investimento em pesquisas e formação e estabelecimento de parcerias com outras instituições afins. Para a maioria da equipe, a proposta de intervenção atual tem um enfoque interdisciplinar e interinstitucional. Destacam-se alguns pontos sobre esse serviço:

- Não parece existir incompatibilidade entre as propostas descritas no documento e os depoimentos dos profissionais. O serviço efetivamente faz um trabalho de prevenção e integração

com a comunidade, de atendimento aos agressores e é articulado com o Sistema de Garantias do seu município.

- No que se refere à coerência interna dos depoimentos dos técnicos, observa-se na fala de um profissional do nível gerencial que o enfoque na família é a base do serviço, enquanto nos demais depoimentos denota-se que as atividades socioeducativas são tão prioritárias quanto esse enfoque terapêutico, mesmo para os profissionais da área de saúde mental.

Quadro 10: Caracterização e confronto entre as propostas oficiais e os depoimentos dos técnicos da ONG 5.

Características

Programa fundado em 1988 e que visa à prevenção da violência,. Atendeu 37 crianças e adolescentes de ambos os sexos, na faixa dos 5-14 anos, no período de 2001 a junho de 2002. As crianças ficam no serviço no horário que não vão para a aula. Informa ter realizado 51 atendimentos a famílias, especialmente às mães. Refere atender agressores, mas não registra essa informação. A sede é cedida e não possui salas adequadas para atendimento. Conta com apenas 1 funcionário e 4 voluntários, a maioria com carga horária para atendimento reduzida. Possui ainda 1 estagiário.

Propostas institucionais

O material interno define o objetivo geral do serviço, como: promover a prevenção à contaminação das DST/AIDS, a dependência e tráfico de drogas, gravidez na adolescência e a violência. Nos objetivos específicos o serviço propõe trabalhar a família com a intenção de resgatar os vínculos afetivos, por meio da terapia de família, a fim de reduzir a violência e a agressividade.

- Nos depoimentos dos profissionais há uma indefinição da proposta para o atendimento, até porque afirmam que inicialmente esse serviço estava voltado para a prevenção das DST/AIDS e drogadição. As situações de violência que foram sendo identificadas impuseram a construção de uma proposta para esse atendimento. Um técnico afirma que essa proposta se dirige para a "*transmutação*" do comportamento violento, não explicitando esse enfoque. Todos os depoimentos são vagos no que se refere

ao modelo de atendimento à família, tipo de clientela e formas de violência que atendem.

Tendências observadas

Em linhas gerais podem-se apontar algumas contradições entre os textos que documentam e divulgam as propostas organizacionais e a ótica dos técnicos sobre o dia-a-dia e a prática. As mais constantes são:

- Proposição de incorporação da família no atendimento quando, na prática, a família é incluída a partir da participação de alguns dos seus membros, em geral, a criança e sua mãe. O atendimento à mãe, normalmente, é baseado na ação do serviço social, acompanhado ou não de uma entrevista de psicóloga.

- Insuficiência marcante do atendimento ao familiar identificado como o autor da agressão. Apesar de 7 entre os 10 serviços afirmarem atendê-lo, na maioria das vezes, esses atendimentos não se realizam. As situações de abuso sexual são as mais graves quanto a essa lacuna. O “atendimento à família” não inclui, necessariamente, o atendimento a esse familiar e muitas vezes há escassas ofertas para tal atendimento na rede de apoio. Esse aspecto merecerá ao longo do texto, por sua importância, um debate mais ampliado do que é aqui destinado.

- Definição formal de campos de ação diante da violência familiar, mais ampliados do que, de fato, são realizados. Assim, a proposta de trabalho com diferentes tipos de violência, muitas vezes se revela uma atuação mais restrita. Damos como exemplo algumas organizações que afirmam atuar diante de todas as situações de violência, mas convivem fundamentalmente com familiares envolvidos com abuso e exploração sexual. Por outro lado, outras organizações, embora declarem atender à totalidade das violências, têm mais dificuldade de trabalhar junto a famílias com dinâmicas de abuso sexual.

- Escopos muito ampliados de ação, baseados na intervenção das inúmeras situações de risco social (fato comum em quase todas as ONGs e relatado por apenas uma OG). Essa forma de atuação traz mais dificuldades para os profissionais avaliarem e desenvolverem metodologias visando à atuação diante de demandas específicas. O atendimento a crianças e familiares em situação de risco social não habilita, *a priori*, uma intervenção frente ao problema da violência familiar.

- Apenas uma ONG coloca o desenvolvimento de pesquisas como objetivo institucional.

Algumas tendências regionais merecem ser destacadas:

- Prioridade das questões da exploração sexual, exploração do trabalho infantil e crianças em situação de rua nos serviços estudados nas regiões Norte/Nordeste, fatos que há décadas vêm sendo denunciados nessas regiões e que são alvos de campanhas como as que procuram combater o turismo sexual. No entanto, nos depoimentos e também nos materiais de divulgação, evidencia-se a necessidade de incluir as demais formas de violências que surgem no atendimento. Assim, essa demanda coloca para os serviços o desafio de capacitarem-se cada vez mais teórica e metodologicamente para o atendimento em várias frentes e com a complexidade do enfoque na família.

- A atuação dos dois serviços visitados na Região Norte se difere no que diz respeito ao desenho de sua identidade institucional. A organização governamental capacitou-se para estar alinhada com a reforma psiquiátrica e, pela própria característica do serviço, oferece um atendimento terapêutico especializado como base principal do trabalho em saúde mental. A organização não-governamental, por proporcionar uma frente ampla de atendimento a crianças e adolescentes em situações de risco, parece investir no sentido de se trabalhar a socialização dessa clientela e recuperação da sua auto-estima por intermédio de atividades artísticas e pedagógicas, sem tempo para refletir sobre a especificidade do atendimento a vítimas de violência familiar e suas famílias.

Outras tendências mais gerais podem também ser pontuadas:

- Alguns serviços declaram realizar um trabalho de prevenção, mas a maioria não explicita os procedimentos, com exceção de uma ONG que atua diretamente em diversos pólos comunitários da cidade fazendo ampla articulação com diversos atores do Sistema de Garantia de Direitos.

- São poucas as instituições que oferecem atendimento/assessoria jurídica, verificando-se uma tendência maior de oferta desse serviço nas ONGs. Apesar de vários serviços encaminharem as famílias para receberem esse atendimento jurídico em outras instituições, observamos, como já assinalado por Faleiros e colaboradores (www.cecria.org.br/pub/pub.htm) a desarticulação do fluxo entre as dimensões de atendimento, responsabilização e defesa de direitos.

O atendimento oferecido às famílias

A análise do atendimento dos diferentes serviços foi baseada nos depoimentos dos sujeitos do estudo, conforme anteriormente mencionado no capítulo de metodologia, e nas respostas oficiais dadas pelas instituições nos questionários. Procuramos estabelecer um diálogo entre os olhares dos diferentes atores e metodologias de atendimento. Nesse diálogo, em geral, havia mais encontros do que contradições acerca do atendimento. Sempre que existentes, foram ressaltadas as distinções entre as organizações governamentais e não-governamentais.

A análise será apresentada a partir das seguintes seções: 1. características gerais dos serviços e do atendimento prestado; 2. as famílias nos serviços, enfocando o fluxo de atendimento e estratégias de envolvimento; 3. as famílias nos serviços, tratando o acolhimento e confiança; 4. a família e a rede social de apoio, abordando o compartilhamento e continuação das ações; 5. encerramento, abandono e reincidência; 6. gerando informações, analisando os registros institucionais.

Características gerais dos serviços e do atendimento prestado

Em relação ao ESPAÇO FÍSICO, três ONGs possuem sede própria e as outras duas ocupam espaços cedidos por instituições públicas ou privadas, que as acolhem. Entre as organizações governamentais, apenas uma tem de pagar aluguel do espaço físico. As demais ocupam espaços dentro de órgãos governamentais. Nas visitas ao campo, a equipe do CLAVES constatou a precariedade do espaço físico de várias instituições. As situações vão desde aquelas que possuem uma estrutura física adequada, passando pelas que dividem espaço com outro tipo de atividade ou que têm o local físico sem as devidas condições de atendimento, até as que não têm espaço para o serviço, trabalhando em local emprestado ou alugado.

As instalações físicas das OGs são restritas, disputando espaço com a instituição que as acolhe. A OG 3 não possuía sequer uma sala específica para o Programa, conseguindo-a apenas por ocasião da visita da equipe de pesquisa. Atendia em conjunto com o ambulatório do hospital. A OG 4 possui uma sala própria, utilizando-se do resto da infra-estrutura hospitalar. A OG 5 conta apenas com a estrutura do hospital. Dois outros serviços (OG 1 e OG 2) funcionam como ambulatório, possuindo infra-estrutura apropriada, com recepção, salas para atendimento especializado, banheiros, área de descanso/recreação, brinquedos para abordagem terapêutica e viatura.

A fala de um profissional ilustra os problemas enfrentados em seu serviço:

A gente não tem um lugar para atender. Onde seja só nosso (...) tem a questão da privacidade (...) o colega ali do lado, às vezes, fica muito horrorizado com o que ouviu (...) seria legal estrutura externa de referências pra psicologia individual, pra psiquiatria, pra atendimento social (tec/OG 4).

As instalações físicas das ONGs são muito melhores, com exceção da ONG 5, que ocupa um salão anexo a uma capela no período matinal por não ter espaço disponível para atendimento. As demais possuem muitas salas para atendimento e infra-estrutura adequada. A ONG 4 se destaca por ocupar as instalações de uma instituição acadêmica, que lhe disponibiliza 40 salas para atendimento psicossocial à família, ao autor de agressão, à criança e ao adolescente, das quais oito salas são para atendimento exclusivo de crianças (salas de ludoterapia). Além disso, conta com salas para reunião de equipe, oficinas, brinquedoteca, sala de espera para pacientes, secretaria e arquivo.

As ONGs 1 e 2 possuem boa estrutura física, sendo casas amplas com área de lazer e muitas salas (mais de dez em cada serviço), utilizadas para atendimento, recepção, auditório, camarim, sala de dança, telecentro, biblioteca. Contudo, as instalações da ONG 2 não se encontravam em bom estado de conservação e ventilação. Possuem transporte para atendimentos externos, articulações e encaminhamentos.

A ONG 3 se caracteriza de forma distinta. Possui ampla área externa e pouca área construída, embora tenha 3 salas administrativas, 2 para atendimento, 1 biblioteca e 1 galpão para oficinas de encadernação, papel e arte. Há queixas de inadequação do espaço. Também possui um carro para facilitar o trabalho.

O depoimento de algumas equipes entrevistadas sobre a estrutura física de algumas instituições mostra haver inadequação para oferecer o atendimento proposto.

É uma estrutura que não é muito adequada para o atendimento com os meninos (...) os espaços não são muito atrativos (...) os espaços são quentes (tec/ONG 2)

Nós precisamos realmente é de mais privacidade. Ter uma sala com mais privacidade para podermos fazer os atendimentos (...) Eu tenho que conseguir um espaço físico para a instituição (tec/ONG/S).

Em geral, as ONGs possuem mais equipamentos que as OGs. Há relatos de computadores e impressoras (duas unidades com mais de 10 máquinas), televisões, retroprojetores, videocassetes, projetor de slides, máquina de xerox, ar condicionado e telefones. Em uma delas há equipamentos para serigrafia e costura industrial.

Ao contrário, as OGs possuem poucos equipamentos disponíveis, sejam eles audiovisuais, computadores ou brinquedos para atendimento terapêutico. Apenas a OG 1, recentemente inaugurada, possui televisão, vídeo, som e retroprojetor, porém ainda aguarda a chegada de um computador.

Os HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO das instituições não-governamentais são mais amplos e flexíveis que os apontados pelas unidades governamentais. Além do atendimento em horário comercial durante a semana, uma ONG funciona nas manhãs de sábado e outra presta serviços até as 21 horas diariamente e nos sábados pela manhã.

Apenas a OG 1 possui um plantão para acolher crianças e adolescentes que sofrem violência no período noturno ou nos

finais de semana, disponibilizando o espaço físico (um quarto) e um educador para permanecer ao lado da vítima até que a equipe do serviço seja acionada, em geral no dia seguinte.

Todas as instituições estudadas referem ter como CLIENTELA OS familiares das crianças e/ou adolescentes atendidos no serviço. Apenas a ONG 3 também refere atender profissionais da área social e jurídica e pessoas da comunidade em geral.

O atendimento ao familiar autor de agressões não é efetuado por três instituições (OG 1; OG 2; ONG 3). Contudo, o que se percebeu no decorrer de conversas realizadas na visita às instituições, é que qualquer forma de contato com algum familiar, por mais ocasional que seja, era vista como uma forma de atendimento institucional, indicando uma resposta muito mais no nível da idealização do que no real. A ONG 4 se destaca por possuir atendimento mais estruturado para agressores, aceitando tanto aqueles pertencentes às famílias que estão no serviço, quanto outros provenientes de encaminhamento judicial. Todavia, mesmo para tal serviço, a atenção para agressores ainda se encontra em processo de construção.

A capacidade de atendimento a crianças/adolescentes e famílias (agressores ou não) vítimas de violência nas instituições é bastante diferenciada, oscilando entre médias de 15 a 146 atendimentos anuais, nos anos de 2000 e 2001. As ONGs (exceto a ONG 2) e as OGs 2 e 5 mostraram um aumento no atendimento no primeiro semestre de 2002, apontando para a crescente demanda absorvida pelos serviços. A OG 4 sinaliza uma redução do atendimento em 2002, possivelmente vivenciando dificuldades circunstanciais.

A *faixa etária* das crianças e adolescentes atendidas nos serviços é muito variável. Entre as organizações não-governamentais, de uma forma geral, o atendimento prioriza crianças mais velhas e adolescentes. Três referem não atender crianças pequenas (até 5 ou 7 anos de idade), enquanto duas unidades (ONGs 3 e 4) atendem desde bebês até 18 anos incompletos.

Entre as instituições governamentais, dois hospitais caracterizam-se como serviços de pediatria, não realizando atendi-

mento para crianças acima dos 12 anos de idade (OGs 3 e 5), embora suas estatísticas comprovem casos esporádicos de adolescentes mais velhos. As OGs 1 e 4 atendem de recém-nascido até adolescentes de 18 anos e a OG 2, na faixa dos 5 aos 17 anos de idade.

Em relação ao *sexo* das crianças e adolescentes atendidos, tem-se que todos os serviços prestam atenção a crianças e adolescentes de ambos os sexos, com uma exceção (ONG 1), específica para meninas. Contudo, há uma certa predominância de meninas em quase todas as OGs, lembrando que esses serviços têm caráter ambulatorial ou hospitalar, e atendem muitos casos de abuso sexual.

Há dificuldade em se estabelecer quais os *tipos de violência familiar* mais freqüentemente atendidos pelas instituições. O registro existente difere muito entre as unidades, não havendo informação fidedigna para aferir quando o caso envolve mais de um tipo de abuso e quais os critérios para priorizar um só tipo, opção tomada por vários serviços. Em geral, as unidades têm como prioridade o atendimento a situações de crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual e negligência. O abuso físico costuma aparecer como o segundo tipo mais freqüente. Os abusos psicológicos são também identificados pelas unidades, porém com intensidade bem mais reduzida do que os tipos anteriores. Poucos casos de abandono foram assinalados, especialmente pelas ONGs. A Síndrome de *Münchhausen* por Procuração não foi registrada nas estatísticas de nenhum dos serviços estudados.

As famílias nos serviços

Fluxo de atendimento e estratégias de envolvimento

O fluxo do atendimento é similar em todas as instituições analisadas, com uma diferenciação maior nas unidades inseridas em hospitais.

A chegada de crianças e adolescentes vítimas de violência às unidades investigadas decorre de encaminhamentos que partem, geralmente, do Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude,

Delegacia da Mulher, Vara de Família, Ministério Público, serviços de saúde, escolas e, menos frequentemente, da própria família e/ou do autor da agressão. Interessante ressaltar que nenhuma ONG relatou algum serviço de saúde como aquele que tenha indicado o caso para atendimento, mostrando a distância ainda existente entre os serviços de saúde e as ONGs, mesmo quando são referências no atendimento às vítimas de violência na região. Apenas as OGs que são serviços de saúde recebem uma demanda de outros setores médicos, apontando, em contrapartida, a dificuldade de encaminhamento de unidades de saúde para organizações não-governamentais. Isso talvez indique um conhecimento restrito das iniciativas de proteção existentes (que, em muitos casos, poderia complementar a ação dos serviços de saúde).

Há uma queixa generalizada pela falta de retorno da Justiça em relação aos casos encaminhados às Varas Especializadas. A OG3 e ONG 3 parecem possuir uma melhor articulação com a Justiça e um bom intercâmbio entre as instituições, talvez indicando uma melhor articulação da rede de apoio nessa região do país.

Assim que o caso chega à unidade, usualmente é feita uma TRIAGEM. O trâmite do atendimento de três instituições governamentais alocadas em unidades hospitalares se diferencia dos demais, pois a porta de entrada para o atendimento costuma ser o setor de emergência, enfermarias e outros ambulatórios do hospital. Comumente, apenas depois de passar por esses setores é que o serviço de atenção às vítimas de violência é acionado. O atendimento clínico é realizado com prioridade. Todos os serviços apresentam-se legitimados dentro do hospital. Entretanto, o que parece não ocorrer é um envolvimento de toda a unidade hospitalar no processo de identificação de vítimas de maus-tratos. Segundo os técnicos, qualquer profissional da área médica deveria estar capacitado para a detecção, o que na realidade não acontece.

No que se refere à avaliação sobre a adequação do perfil do caso ao tipo de atendimento institucional oferecido, os serviços inicialmente costumam realizar uma entrevista da família (geralmente, a mãe e a criança/adolescente) com o assistente social e/

ou psicólogo. Nessa entrevista são colhidos dados sobre a situação da criança, da família e relatos sobre as vivências de violência, construindo as bases para um diagnóstico social, mas também relacional.

Algumas ONGs que oferecem refeições, atividades culturais socioeducativas, além do atendimento para trabalhar a situação de violência, conseguem uma presença maior de outros familiares na entrevista inicial. As OGs mostram maior presença de mães que buscam o serviço por indicação do Conselho Tutelar ou que estão apenas necessitando de atendimento médico para os filhos. Duas situações distintas costumam ocorrer: há mães que buscam diretamente o serviço devido à violência sofrida pela criança e há outras que durante o atendimento médico descobrem agravos sofridos pelos filhos.

Após essa coleta de informações, várias unidades informam que os casos são discutidos nas reuniões de equipe onde é decidido, conjuntamente, se a família vai ser atendida na instituição ou se será encaminhada para outro serviço. Também se define qual o atendimento a ser oferecido: terapêutico individual, terapia para os familiares, grupo de orientação.

Observamos clara diferença de abordagem entre as ONGs e as OGs. Para as organizações não-governamentais, essa entrevista terá o papel de traçar o diagnóstico social das famílias, fazer uma triagem para verificar a adequação das demandas ao que é oferecido pelo serviço e buscar encaminhar para outras instituições, caso surja uma necessidade específica (terapia individual, tratamento para drogadição, vagas em creches, entre outros) e, finalmente, iniciar um vínculo com os familiares, delineando acordos e responsabilidades. Nas organizações governamentais, todos esses percursos também são feitos, contudo, há ainda uma ênfase no “diagnóstico clínico”, verificando a veracidade das situações e dados, demarcando os próximos passos para o “tratamento”. Mais que uma diferença semântica, tal postura pode significar a reprodução do modelo da relação médico-paciente e, conseqüentemente, todas as suas dificuldades de comunicação e empatia (Caprara & Franco, 1999).

Eles são diretamente envolvidos já no atendimento e aí a gente tenta identificar quem são os protetores dessa criança, os mais próximos que tenham vínculo que possam colaborar com... esse diagnóstico e talvez com o tratamento para curar essa criança. (tec/OG 5)

O modelo é médico, o modelo é médico de entrevista (...) Depende (...) Na minha consulta o modelo não é médico. (tec/OG 4)

A ONG 4 relata um longo processo de triagem. Costuma receber casos por meio de plantão telefônico, quando é marcado um encontro da família com o Serviço Social. Todos passam pelo Plantão de Escuta realizado pelo Serviço Social, independentemente da forma de encaminhamento. O estudo do caso é realizado em cinco sessões em grupo para pais, crianças e adolescentes. Esses cinco encontros grupais semanais possibilitam que a equipe realize os encaminhamentos necessários: internos (quais os profissionais e qual o tipo de atendimento que será oferecido) e/ou externos, acionando a rede de parceiros com a qual a instituição tem contato.

As *dificuldades* já são percebidas nesse primeiro contato. Há dificuldade da família em reconhecer a violência como parte de seu cotidiano como uma violação dos direitos da criança e as conseqüências à sua saúde. Existe, ainda para os familiares, o desafio de analisar a própria história pessoal, freqüentemente marcada pela violência e pelo excessivo sofrimento durante a infância. A resistência, segundo relatos, é ainda maior quando se trata de abuso sexual, seja pela vergonha, seja por ter de admitir que o companheiro/pai foi o responsável por tais atos.

Os profissionais, sejam de OG ou de ONG, ressaltam a diferença marcante entre as famílias que procuram espontaneamente os serviços e aquelas que são encaminhadas, de forma compulsória, pelos Conselhos Tutelares e Varas da Infância e da Juventude. Naturalmente a segunda situação é mais difícil, dado que não houve uma conscientização interna à família da necessidade e importância desse tipo de ajuda. Contudo, a obrigatoriedade do atendimento é agravada por uma primeira intervenção feita por Conselheiros Tutelares que nem sempre estão devidamente capa-

citados para atuar frente ao problema da violência familiar, reproduzindo muitas vezes uma postura de culpabilização e julgamento moral que deixa os familiares ainda mais resistentes e temerosos.

Isso é muito sofrido para a família (...) e é trabalhado com o Conselho Tutelar, que é a forma como essas primeiras abordagens são feitas. Então a família é muito culpabilizada, ela é vista como descuido, ela não deu conta. Então existe muito fracasso depositado nela. (tec/ONG 3)

(...) a ação do Conselho Tutelar tira um pouco o saber da família, às vezes do jeito que é feito (...) é como se a família agora não dá mais conta de nada, não consegue fazer nada, eles já erraram, é como se a gente que fosse ensinar, então a gente tem que mostrar que não é isso. (tec/ONG 3).

Alguns serviços refletem que o exercício de empatia é fundamental nesses momentos, fazendo crer aos familiares que o problema pelo qual estão passando também é vivido por várias outras famílias e que todas enfrentam dificuldades.

Em relação às ESTRATÉGIAS DE ABORDAGEM utilizadas no decorrer do tratamento, percebemos que as ONGs têm atendimento mais variado que as OGs. Entrevistas individuais com crianças/adolescentes, pais e outros familiares e visita domiciliar são intervenções realizadas por todos os serviços (exceto a OG 5). Grupos de crianças/adolescentes e com pais são realizados por quase todas as ONGs e nas OGs 1 e 2. Grupos com autores de agressões e dinâmicas de sala de espera com famílias apenas ocorrem na ONG 4 e na OG 2. As oficinas de prevenção são estratégias prioritárias para todas as ONGs e para as OG 2 e 5. Outros tipos de intervenção menos citados foram: acompanhamento pedagógico, atividades de lazer, trabalho com Conselheiros Tutelares e psicodiagnóstico.

Os objetivos mencionados pelos serviços para cada tipo de intervenção realizada com crianças/adolescentes e seus familiares são os seguintes:

- Entrevista individual com a criança/adolescente: objetiva identificar o perfil sociopsicoeducativo da criança ou adoles-

cente; observar os aspectos característicos de cada criança/adolescente para subsidiar o trabalho; registrar, para uma análise e monitoramento contínuo, a situação de vida de cada criança/adolescente; e realizar diagnóstico sociofamiliar das crianças/adolescentes. É um encontro empático que visa ao estabelecimento de vínculo, geralmente realizado de maneira lúdica, especialmente com crianças pequenas.

- Entrevista individual com familiares: visa conhecer melhor a criança/adolescente; colher informação sobre a condição socioeconômica da família e a rede de apoio disponível; obter informações sobre a história de vida do pai, da mãe e da criança/adolescente; compreender a dinâmica familiar. Geralmente a mãe é a figura mais entrevistada. A ONG 3 também entrevista outros membros da família ampliada para colher mais informações sobre o caso.

- Visita domiciliar: objetiva conhecer o ambiente familiar e a comunidade de origem das crianças e adolescentes; perceber a situação socioeconômica da família; criar uma relação de confiança, de parceria; proporcionar às famílias o conhecimento da instituição; incentivar sua participação na instituição. Essa atividade também dá suporte às atividades psicoterápicas e pedagógicas. Alguns serviços têm a visita familiar como parte da proposta de intervenção (principalmente as ONGs); outros a utilizam quando necessário, geralmente se as famílias faltam regularmente ao atendimento. A ONG 3 realiza, além das visitas domiciliares, visitas semestrais às escolas das crianças atendidas. Nomeiam esse tipo mais ampliado de intervenção de acompanhamento sociocomunitário, visando intervir no contexto de vida dessas crianças e adolescentes e fortalecer vínculos comunitários.

- Atendimento psicoterápico individual à criança/adolescente. A maioria das instituições, principalmente as ONGs, faz o atendimento de crianças utilizando recursos lúdicos.

- Atendimento psicoterápico à família: pretende facilitar o funcionamento saudável do sistema familiar; compreender e mudar os padrões de interações dos membros; ouvir dos familia-

res o motivo pelo qual vieram às reuniões e o que esperam das mesmas; proporcionar à família condição de falar sobre os conflitos; interromper o ciclo do abuso; melhorar a comunicação intrafamiliar e colocar limites entre as fronteiras e papéis entre as gerações. Nos serviços onde há alguma iniciativa mais concreta de atendimento ao autor da agressão (a exemplo da ONG 4), essa atenção é dispensada sob a forma de atendimento psicológico.

- Grupo de crianças/adolescentes: busca possibilitar uma vivência positiva, resgatando a espontaneidade, liberando o potencial criativo e proporcionando a convivência com pares que passaram por situações semelhantes e estão em vias de (re)elaboração da experiência traumática. Além disso, visa ajudar a compreender que a responsabilidade do abuso é do adulto, evitando a introjeção da culpa por parte da criança vitimizada. São utilizadas dramatizações de cenas trazidas pelo grupo, teatro de fantoche, pintura, sala de brinquedos.

- Grupo de pais busca: oportunizar a reflexão sobre o cotidiano, procurando alternativas para as dificuldades encontradas; possibilitar a essas famílias o exercício de construção de soluções para seus problemas relacionais, com a utilização de seus próprios recursos, elevando, assim, sua auto-estima; mobilizar as famílias rumo à construção de um espaço social mais digno para si mesmas, com o desenvolvimento de seu papel de educadoras/cuidadoras dos filhos. Visa também clarificar o papel dos pais, instrumentalizar para colocar limites com afetividade e orientar para as diferentes etapas do desenvolvimento infantil. Tem como dinâmica comum o aquecimento/entrosamento do grupo por meio de jogos ou dinâmicas, a escolha conjunta do tema a ser trabalhado e o compartilhamento de vivências. Na prática, a participação é quase exclusiva de mães.

Passaremos a detalhar essas estratégias de abordagem e as dificuldades encontradas pelos profissionais.

Analisando-se os dados quantitativos dos serviços pesquisados, verificamos uma variada frequência de atendimento às famílias, que oscila de 1 a 8 sessões mensais. Nesses encon-

tros são geralmente oferecidos atendimento psicossocial terapêutico, psicodiagnóstico, momentos de esclarecimentos de dúvidas, atendimento jurídico, visitas domiciliares e reuniões com as famílias. Em casos de maior necessidade, são realizados mais atendimentos no decorrer do mês. Apesar da frequência desses atendimentos, os serviços consideram que ainda é um desafio buscar a co-responsabilidade da família.

Alguns serviços realizam uma visita domiciliar para dar continuidade à primeira entrevista, feita na sede do serviço. Nessa visita são observados: relações familiares, condições de vida, rede de sociabilidade e serviços de apoio disponíveis na comunidade. Entretanto, para a maioria dos serviços, como já apontado, a visita só é feita em situação de faltas constantes ou de abandono ao atendimento, na tentativa de resgatar a adesão.

A visita domiciliar foi indicada como boa estratégia de envolvimento da família, contudo, a escassez de recursos financeiros, de profissionais disponíveis e, às vezes, até mesmo de um automóvel foram os impeditivos mais regularmente mencionados pelos profissionais para a execução dessa prática.

Após a abordagem inicial, as etapas de atendimento vão variar bastante de um serviço para outro. A maioria tem como base comum o atendimento terapêutico individual da criança seguido, às vezes, de acompanhamento em grupo. As ONGs, em geral, trabalham seus objetivos de atendimento (desenvolver auto-estima e protagonismo; desenvolver noção de cidadania; reverter o ciclo de violência, entre outras ações) por intermédio de atividades culturais, recreativas e educacionais que ocupam uma tarde ou uma manhã inteira. Quase a totalidade dos profissionais dessas organizações vai, inclusive, mencionar que há uma preocupação em deixar claro que a responsabilidade pelos cuidados da criança compete à família e não à instituição.

Assim, diante de uma cultura assistencialista aos mais pobres, os profissionais de ONGs apontam como necessidade premente demarcar com clareza o papel familiar de cuidado e prote-

ção, fazendo entender que o serviço constitui um apoio, mas não um substituto do exercício parental.

Aquelas organizações que trabalham com o problema de exploração do trabalho infantil e exploração comercial/sexual de meninas e meninos ainda apontam as resistências de muitas famílias em se envolver com o atendimento e mesmo de interromper a exploração dessas crianças/adolescentes, dado que essa fonte é sustento da família, garantindo muitas vezes um patamar de renda acima dos fomentos de assistência social.

(...)tem famílias que muitas das vezes vivem do assistencialismo público, saem de uma bolsa, entram noutra, sai de uma retaguarda, entra noutra (...) é mostrar para essa família que ela tem que buscar os meios de saída. Às vezes nós temos mães que sabotam mesmo o processo do menino sair da rua. (...) para ele sair da rua, ele vai ser encaminhado para uma bolsa escola; a mãe não procura o documento, não corresponde às estratégias... porque o discurso dela é "ele ganha mais lá do que saindo?" (tec/ONG 2).

(...) até a questão de exploração sexual, que é mais complicada ainda, porque uma bolsa não substitui uma menina que está lá na noite (...) porque ela ganha R\$ 100,00 numa noite, é isso que elas colocam... (tec/ONG 2)

O envolvimento da mãe ou cuidador pode ser sistemático, participando de grupos de pais ou mesmo sob a forma de uma terapia breve. A participação dos outros familiares no atendimento pode variar sob a forma de reuniões quinzenais, mensais ou até semestrais, conforme o serviço. Nessas reuniões, os pais, outros familiares ou novamente a mãe são convidados a discutir temas como sexualidade, drogas, cuidado e educação dos filhos nos dias de hoje, violência ou quaisquer outros assuntos considerados importantes pelos profissionais e/ou familiares.

As principais dificuldades relacionadas pelos profissionais ao engajamento da família dizem respeito às dificuldades econômicas – não dispõem, muitas vezes, sequer do dinheiro da passagem para comparecer ao serviço. Alguns serviços já tentaram sanar esse problema distribuindo vale-transporte (muitas vezes pago com re-

cursos do próprio profissional) ou oferecendo a viatura do serviço. A falta de tempo, dado que mães e pais trabalham e não conseguem dispensa para ir até o serviço de atenção, também foi fator constantemente apontado. Constatamos a necessidade das políticas e iniciativas de atendimento garantirem o acesso ao serviço. Houve também falas mais incriminadoras que remetem a uma incapacidade da família, devido a outras demandas mais imediatas geradas pela pobreza, em dar continuidade ao atendimento.

Eles não têm persistência de participar de algo que vai ser a longo prazo o resultado. Eles querem para ontem. Eles querem comida (...). As maiores dificuldades são as mães virem. As mães se importarem com os filhos (tec/ONG 5)

Contudo, o que se percebe é que em boa parte dos serviços não há um atendimento que, de fato, inclua as famílias de forma mais sistemática. Mesmo quando há uma demanda terapêutica para o atendimento individual, existem dificuldades pois nem sempre o serviço possui condições de prestar tal terapia. Recorrer a outras instituições públicas ou às não-governamentais exige esperar vagas para o atendimento, o que pode levar muitos meses.

Como já observado, muito raramente os serviços oferecem atendimento terapêutico para os familiares "AUTORES DE AGRESSÃO", havendo uma lacuna considerável a esse tipo de necessidade. Em contrapartida, alguns serviços dispõem de apoio jurídico para realizar a queixa-crime e dar acompanhamento do processo contra esses indivíduos.

O atendimento aos autores de agressão é escassamente realizado no país. Poucas são as unidades que o fazem. A maioria informa que encaminha os agressores para outros serviços. Entretanto, é grande a dificuldade dos serviços que não atendem os familiares (entre eles, os autores de agressões) para efetuar encaminhamento para atendimento psicológico em outros serviços da rede. O resultado mais positivo costuma ser a colocação em fila de espera, questão preocupante, principalmente para os casos em que há maiores riscos à criança/adolescente.

É comum o familiar não conseguir atenção, mesmo que assim deseje. Essa é uma área em que os serviços nacionais têm muito a caminhar e a definir modelos de atenção para essa clientela tão especial. Certamente, nem todo serviço irá realizar tal atendimento, face à especificidade da capacitação e reestruturação organizacional necessárias para tanto. Contudo, é preciso garantir a existência de espaços concretos para esse tipo de atendimento. Uma mudança cultural sobre a imagem desse indivíduo e de sua potencialidade de transformação de comportamentos é, sem dúvida, fundamental nesse processo. E mesmo para aqueles que não se dedicam diretamente a esse trabalho, é necessário ter uma postura respeitosa e acreditar na possibilidade de transformação individual. Além disso, sempre que for necessário utilizar os recursos jurídicos, é essencial que isso seja discutido com a família, trazendo o tema às sessões de uma forma aberta e honesta.

Alguns serviços relatam atender o autor de agressão quando ele é integrante do núcleo familiar e se dispõe a participar de entrevistas, grupos ou está presente na visita familiar. Razões para o não atendimento sistemático num mesmo espaço institucional podem revelar escolhas, mobilizadas por preocupações quanto à garantia de um espaço vivencial isento de situações conflituosas e mobilizadoras de angústia para as crianças e adolescentes atendidos. Assim, alguns profissionais ligados a instituições de saúde (OG) fazem orientação e, quando podem, encaminham para a psicologia do adulto.

A ONG 3 efetua avaliação psicodiagnóstica dos autores de agressões, levantando características de personalidade, respondendo a demandas judiciais e dando respaldo a avaliações jurídicas, à capacidade cognitiva, afetiva e volitiva do indivíduo e à intencionalidade ou não do ato criminoso. A partir de tais considerações, apontam possíveis medidas terapêuticas que possibilitam ao indivíduo a ressignificação de sua genitalidade e sexualidade, do autocontrole e da relação com o outro. Essa e outras instituições têm mais comumente se preocupado em oferecer orientação inicial e encaminhar o autor de agressão para outros serviços. O apoio jurídico e social é considerado de extrema importância, embora apenas o primeiro seja mais possível de ser

viabilizado. A idéia de responsabilização jurídica do autor de agressão é comentada pelos serviços, causando reação mais profunda quando ocorre abuso sexual.

Apenas a ONG 4 efetivamente realiza atendimentos aos autores de agressões – inicialmente individuais, de cunho psicoterapêutico e social. Conforme a necessidade são realizados atendimentos grupais. Os profissionais desse serviço afirmaram que, algumas vezes, esse atendimento costuma prosseguir melhor quando o indivíduo vem encaminhado pela Justiça. Todavia, argumentam que têm refletido pouco sobre a experiência clínica com esses pacientes, embora tenham casos em que realmente se conseguiu mudar o comportamento agressivo. Apenas essa instituição se abre para o atendimento a agressores externos ao núcleo familiar.

Outras iniciativas de envolvimento das famílias valem ser citadas. Uma delas faz o envolvimento da família por meio de trabalhos coletivos, como a “roça comunitária”, onde os familiares convivem com os técnicos e ao mesmo tempo cultivam alimentos. Lá são organizados finais de semana em que os familiares vão para a sede do serviço, tomam café da manhã juntos, realizam atividades, almoçam, assistem a filmes, debatem, enfim, passam um dia compartilhando idéias e experiências.

Dois outros serviços (ONG3 e OG1) realizam um trabalho de prevenção de natureza socioeducativa com os pais nas próprias comunidades, em parceria com as escolas. Discutem temas variados, especialmente sobre a educação dos filhos e os efeitos nocivos da violência. Desejam que os pais exerçam papel de multiplicadores dessa consciência.

Uma das dificuldades mencionadas para a implementação e ampliação dessa estratégia é a falta de vínculo das escolas com as famílias, havendo uma distância entre ambas, pois a escola e seus agentes geralmente só chamam os familiares para reclamar de notas e comportamento dos filhos.

Os grupos de pais costumam ser desenvolvidos nas sedes do serviço, com pais e demais familiares das crianças em atendimen-

to. Um grupo de auto-ajuda também foi mencionado, realizado com o apoio de um técnico. Referem também os mesmos problemas de adesão ao tratamento.

As famílias e os serviços - acolhimento e confiança

A reação da maioria dos familiares entrevistados (mães) foi extremamente elogiosa quanto à ACOLHIDA que receberam e ao tratamento que os serviços têm dispensado aos seus filhos e a si. O enredo dessa narrativa geralmente aponta os primeiros contatos com os profissionais, indicando, por exemplo, o sentimento de profunda dor pela revelação de um abuso sexual sofrido por uma filha ou a intensa desconfiança quando encaminhados pelo Conselho Tutelar.

A atenção e o “amparo” nesse momento foram apontados como muito importantes pelos familiares.

Eu me senti... quando eu saí daqui, um pouco mais aliviada, porque eu cheguei aqui chorando muito, sabe, cheguei atordoada mesmo, aí saí daqui mais calma, mais tranqüila (fam/OG 4)

Todas os familiares entrevistados citaram os profissionais pelos nomes e contavam em detalhe como foi o atendimento e o que foi feito nas fases iniciais, indicando que as abordagens não foram impessoais. Em linhas gerais relatam que nesses serviços receberam apoio para suas dores e angústias.

Uma mãe relatou o desgaste sofrido por ela, sua filha e marido em busca de serviços para atendimento inicial da criança, violentada por um estranho. Peregrinações pelo Instituto Médico Legal (IML) e Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente (DPCA) e abordagens ríspidas dos profissionais que lá trabalham contribuíram para aumentar o sofrimento dessa família e fazer crescer a desconfiança em qualquer outro serviço público. Como a menina e a mãe precisavam de atendimento psicológico, o pai, buscando evitar novas situações desagregadoras, foi sozinho conhecer primeiro o serviço e sua dinâmica. A comparação feita por essa mãe quanto à acolhida recebida foi inevitável:

Eu fui primeiro no hospital (...) o médico disse “ Infelizmente aqui não podemos atender. Vou indicar o DPCA (...) eu fiquei nervosa. Eu nunca imaginei ir no IML. Cheguei lá, o atendimento não foi de qualidade, eles ficavam com grosseria (...) eu estava desorientada (...) “é criança, então vai para o DPCA”. O atendimento lá demorou muito. E você já fica ansioso querendo que chegue logo, ela nervosa. Ai depois passou para a psicóloga (...) Eu achei ela um pouco grossa. Não teve aquele carinho para saber conversar com criança. Ela agia como se fosse com um adulto ali. Depois chegou um escrivão. Não foi o delegado que atendeu foi o escrivão. (...) mas aqui não. Elas escutaram, estão orientando até hoje, eu cheguei mesmo aqui, e foi aqui que eu vi uma luz. (fam/OG 1)

Muitas entrevistadas afirmaram que graças ao trabalho desenvolvido e o apoio recebido nos serviços conseguiram redimensionar a experiência traumática, atribuindo menos intensidade e sofrimento, tendo em vista que embora penosa, outras pessoas passaram por tal situação e conseguiram superá-la, dando outra significação ao ocorrido. Outras mães afirmam que as conversas e orientações com as assistentes sociais e psicólogas têm sido importante para mudança de comportamento e da maneira de ver seus filhos, conseguindo visualizar suas qualidades e seus direitos.

Entrevistadora - E com você, mãe, eles fizeram algum tipo de acompanhamento?

Mãe - Fizeram. Fizeram porque eu também estava, apesar de tudo eu também fiquei muito transtornada. Então elas foram me acalmando de uma forma, me mostrando que certas coisas que estavam acontecendo comigo era tudo imaginação..., já estava tendo medo até de sair no meio da rua, de ter amizade com as pessoas, de trabalhar. Ai eu fui maneirando e agora eu consigo até olhar esse caso como um caso menos grave, porque realmente para mim foi grave pelo ato que aconteceu, mas existem casos piores do que o meu. Então eu não posso me colocar como uma única do mundo, eu tenho que ver que existem pessoas com mais problemas e mais graves do que o meu, e o meu pode ser resolvido de uma forma, de uma conversa, de um ato, de alguma coisa. Eu acho que ele pode ser resolvido. E assim que elas me ensinaram a resolver, a correr atrás também dos meus problemas, não ficar parada esperando, tudo isso elas me ensinaram. (fam/OG 3)

Os familiares que participam de dinâmicas de grupos de pais também teceram comentários muito positivos sobre essa experiência. Alguns entrevistados vão a essas reuniões, graças à oferta de horários mais flexíveis (geralmente de noite), e participam há anos. Consideram como muito importante a preocupação dos profissionais em estarem atentos ao problema de cada família, de mostrarem que lembram dos detalhes de cada história, de estarem abertos para conversas individuais, de consultarem os familiares sobre as suas necessidades atuais. Os familiares disseram que tais encontros os fazem se sentir aliviados e apoiados.

Nós desabafamos sobre o comportamento dos nossos filhos e recebemos ajuda em todas as áreas. Como devemos suportar aquela situação, como devemos atender. E todas elas de imediato já demonstram um amor, um interesse pela situação. Às vezes o grupo é de cinco, de dez mães mas ela atende cada uma como se fosse aquele um todo. Para cada uma ela sabe averiguar o problema e dar aquela palavra, aquela orientação que nós precisamos. E o mais importante de tudo é a confiança que ela nos faz... que elas nos transmitem. A [cita o nome da profissional] por exemplo, no primeiro dia mesmo que a gente já está conversando com ela, a gente já sente aquela vontade que ela tem para se doar, para atender, para servir. Porque nunca saímos de uma sala sem... sem ter aquele apoio, sem ter aquele alívio do assunto que nós trouxemos para ela. (fam/ONG 4)

A CONFIANÇA nos profissionais dos serviços mostrou ser um ponto forte do atendimento, segundo a análise dos familiares entrevistados. A absoluta maioria dos entrevistados relatou se sentir à vontade para falar de todos os seus problemas e procurar os profissionais quando precisasse de ajuda.

Foram recorrentes os relatos das mães entrevistadas que afirmam poder conversar sobre todos os assuntos familiares, pedir conselhos ou simplesmente “desabafar”. A liberdade de poder ligar e receber por telefone um conforto do profissional que as atende, facilitando a marcação de uma entrevista, também foram pontos importantes para alicerçar esse sentido de confiança.

(...) Toda vez que eu estou precisando de uma conversa, de alguma coisa, eu ligo para elas, aí elas vão e marcam uma hora ou então conversam comigo mesmo pelo telefone, elas mesmas ligam lá para casa para saber (fam/OG 3).

A sensibilidade dos profissionais em lidar com o sofrimento gerado pela vivência da violência, de não forçar os limites de cada um, a atitude de prover um olhar e uma escuta baseados no sentido da promoção do “cuidado” também foram elogiados pelos familiares.

Mãe: Ele [o pai] ... eu não sei se se sente à vontade, mas no dia que ele veio eu acho que ele se sentiu à vontade porque ele falou. (...) ele chorou muito, que ele não tinha chorado, ele chorou que parecia um menino. Aí ela [profissional] ligou para mim e perguntou se eu ia estar em casa que ele ia chegar muito arrasado. Ela mandou ele lavar muito o rosto, deu água a ele. Ele viu o lado fraterno que ela tratou ele e ele chegou em casa mais tranqüilo, falando “Lá o atendimento é bom, ela [a filha] vai gostar do atendimento.” Só que ela não gostou no começo não. Ela disse: “mãe, vai começar tudo de novo” e começava a chorar e ficava nervosa (...) Ela começou a trabalhar com pinturas, com flores. E começou a pintar e não ficava mais nervosa. (...) “Quais cores você quer usar?” (...) motivada. Ela pensava que ia ter que falar do assunto e ela não queria falar do assunto. Na segunda vez ela foi pintando paisagens. Na terceira vez ela trabalhou com bonequinhos. Aí ela começou a gostar.

Entrevistadora: A senhora acha que hoje ela se sente à vontade para conversar com a psicóloga, para conversar sobre isso tudo?

Mãe: Não sei. Esta uma surpresa, eu não sei ainda. Eu acho que até agora ela está negando (...) e todo dia ela tem uma reação diferente (fam/OG 1)

Uma única entrevistada demonstrou desconfiança em partilhar seus problemas e pedir ajuda ao serviço. Sintomaticamente essa entrevistada participa de um serviço que apenas chama os familiares para uma entrevista inicial, quando há problemas com as adolescentes atendidas ou para eventos culturais promovidos pelas meninas.

Nem todo caso a gente também pode conversar. Tem muitos casos que dá para conversar mas tem outros casos que não dá (fam/ONG 1).

Além do acolhimento e sentimento de empatia, vários outros fatores foram apontados pelos familiares como positivos à

vinculação com os serviços: a maneira como são recebidos no primeiro contato com o serviço; a flexibilidade do serviço em atender a criança ou o familiar mesmo sem hora marcada quando há uma situação de necessidade; a inclusão no atendimento de um irmão que também precisa de uma avaliação.

A família e a rede social de apoio Compartilhamento e continuação das ações

A maioria dos serviços parece conhecer o sistema de garantia e a rede de apoio social existentes em suas cidades. Este é um ponto crucial para a qualidade do serviço pela possibilidade de encaminhamentos que facilitem e apoiem o atendimento oferecido à família pelos serviços estudados. A existência e o acesso facilitado a essa rede de apoio social interagem com o atendimento oferecido pelo serviço no momento do recebimento dos casos, durante o desenvolvimento da atenção e na sua conclusão.

Os serviços afirmam envolver no andamento da atenção as seguintes instituições: posto de saúde, hospital, escolas, Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia da Mulher, Vara da Família, Programas de Assistência Social, Ministério Público, entidades da Rede de Atenção a Mulheres Crianças e Adolescentes em Situação de Violência, Centros de Defesa de Direitos, grupos de apoio, universidades e organizações governamentais ou não-governamentais que atendem vítimas de violência.

A maioria dos serviços não consegue uma boa articulação com todas as instituições relacionadas ao tipo de atendimento que prestam. Uns, por exemplo, conseguem uma boa relação com os Conselhos Tutelares e não conseguem se articular bem com os Juizados da Infância e da Adolescência. Em outros, a situação é inversa. A ONG 3 foi a que mais se referiu a um trabalho em rede. Apresentou uma preocupação bastante acirrada com o entorno da criança incluindo os mecanismos comunitários na intervenção. Menciona visitas à escola e à comunidade e utiliza como critério para o desligamento o momento em que a família e a criança estejam inseridas em programas comunitários. A equipe desse

serviço, assim como também a da ONG 4, dá destaque ao trabalho comunitário.

Em termos de problemas de articulação com os Conselhos Tutelares, as explicações para existência de dificuldades são várias. Há profissionais que dizem ser difícil estabelecer parceria com essa instituição porque há conselheiros que não possuem um preparo adequado para lidar com o tipo de atendimento que prestam. Outros se ressentem de ter que lidar, simultaneamente, com mais de um Conselho, acarretando uma falta de padrão nos procedimentos e relações com esses órgãos. Outros, ainda, queixam-se da falta de retorno dos encaminhamentos dirigidos aos Conselhos.

Apesar desses problemas de articulação com os Conselhos Tutelares, em geral os serviços conseguem adotar uma certa parceria com esses órgãos no que se refere a notificar os casos atendidos. No campo das notificações, a OG 5 envia sistematicamente cópias das notificações aos Conselhos e para a Promotoria Pública, sob a alegação de que tal medida consegue agilizar a resolução dos processos que são instaurados. Esse procedimento, de um lado, pode ser visto como útil; de outro, pode ser negativo porque, de uma certa forma, compromete a ação dos Conselhos, a quem compete a avaliação quanto ao encaminhamento de caso para a instauração de processo judicial.

Os movimentos para a promoção de parcerias são diferenciados. A partir das falas de profissionais de algumas OGs, por exemplo, percebeu-se que as equipes costumam convidar outras instituições para os seus espaços a fim de criar maior articulação em torno do atendimento. Contudo, há pouco deslocamento de suas sedes para os espaços das instituições que desejam fazer parceria. Já na fala de entrevistados de algumas ONGs, observou-se um movimento contrário. As equipes costumam se deslocar para outras instituições no sentido de construir uma parceria.

Os depoimentos que seguem ilustram bem esses movimentos inversos:

A gente faz uma reunião de rede. Aí vem a Vara da Infância, a Promotora da Infância, a DPCA, a Saúde, a Educação e quem mais interessar (...) É

uma rede ainda cheia de furos (...) A gente faz reuniões desde 1999. Nos primeiros meses, o auditório enchia. Depois foi esvaziando. Na maioria das vezes, as próprias pessoas das instituições sentiam que elas não tinham o poder de mudança (tec/OG 3).

(...) A gente procura porque eles [operadores de direito] têm que dar respostas (...). Com relação aos sistemas de segurança (...) somos bem relacionados. Nós temos uma relação muito boa com o Ministério Público, com o Juizado. Nós temos uma relação muito boa com os Conselhos (...) com a história de serviços de saúde esse contato também (...) a gente está construindo contatos também com (...) postos de saúde da comunidade (tec/ONG 1).

Em meio às dificuldades das instituições se articularem para conseguir um atendimento bem-sucedido, destacamos um depoimento que revela um movimento em direção à constituição de uma rede:

A nossa rede é grande (...) A gente tem (...) relações que vão desde a participação (...) em debate, por exemplo, de cunho mais político ou de articulação interinstitucional, até parcerias diretas [em torno] de um determinado caso (...) A gente tem um espaço bimensal que a gente criou que é um fórum de debates e que a gente convida todos os parceiros para esse fórum (...) Essa instância funciona bem (...) A gente já trabalhou em relação muito estreita com Varas, com Conselhos (...) junto à prevenção com SOS. Bombeiros (...) Se não consegue a gente vai atrás [se não consegue ser atendida por um setor, vai para outros até ser atendida (...)] Acho que é uma rede, caminhando para a integração (tec/ONG 4).

Por último, a consciência implícita nas falas dos técnicos é digna de destaque, pela importância de se caminhar na direção de constituir uma rede integrada em torno do atendimento prestado. Os entrevistados revelam que, sem apoio da retaguarda de uma rede, pouco ou nada podem fazer frente à complexidade do problema que vivenciam no cotidiano do atendimento. Essa precária articulação da rede social e rede de suporte no atendimento prestado à família foi considerada pelos profissionais como um sério fator que reduz a qualidade da atenção. Diferentes situações ocorrem: os serviços que se encontram ancorados em instituições hos-

pitalares, por exemplo, têm mais facilidade de atuar com referência e contra-referência em termos de atendimento médico convencional. Mas, em contrapartida, alguns têm dificuldades em certos tipos de atenção especializada, principalmente no que se refere às áreas da saúde mental e da assistência social. Por outro lado, há serviços que, minimamente, têm um atendimento psicológico especializado, bem como suporte na área da assistência social, e não têm bom retorno no encaminhamento para atendimento médico em geral. Há outros que se sentem ilhados sem conseguir referenciar para outros serviços.

Especificamente no âmbito das ONGs, observamos a pouca estabilidade que atravessa o cotidiano de alguns serviços, o que constitui uma grande dificuldade para prestar um bom atendimento. Praticamente suas ações são apoiadas por projetos financiados. Em função disso, além de viverem na “corrida” para firmar convênios com órgãos financiadores, experimentam constante apreensão porque sabem que, com o término de um projeto, o atendimento pode cessar.

Encerramento, abandono e reincidência

O ENCERRAMENTO DE UM CASO com o conseqüente desligamento do serviço configura um desafio para todos. As equipes, de forma uníssona, apontaram dificuldades para definição do momento do encerramento.

O período médio de atendimento das crianças, adolescentes e suas famílias varia entre seis meses e dois anos, permitindo, em tese, um longo tempo de vínculo entre profissionais e famílias. As ONGs são as únicas que mencionaram acompanhamento mais longo (2 anos).

O atendimento começa com uma maior frequência e com a evolução do caso vai se espaçando, chegando até a uma visita anual. Parece não haver um tempo rigidamente estipulado: *“cada caso é um caso”*.

Os serviços ressaltaram que a decisão de concluir um atendimento é tomada pela equipe nas reuniões para discussão de caso.

Uma das dificuldades apontadas é que muitas vezes a criança está “pronta” para o desligamento e a mãe não, ou vice-versa. Um dos indícios de que o atendimento está finalizado seria quando cessa a possibilidade do risco e quando a família apresenta uma postura mais protetora. A questão comunicacional entre a família também é avaliada. No entanto, é difícil se chegar a essa constatação. Parece que há uma grande insegurança por parte da equipe no encerramento do caso, por temer a revitimização. Vale lembrar que qualquer atendimento possui limites, dados pelo tempo disponível, pelas possibilidades das equipes e da própria complexidade de certas situações de violência, que muitas vezes transcendem o escopo de atuação do serviço e da própria rede de atenção.

A falta de instituições na comunidade onde a família poderia ser atendida em suas demandas sociais e psicológicas parece acentuar a dificuldade desse desligamento. Outro fator, citado pela ONG 3 e percebido pela equipe do CLAVES, é o estabelecimento de um vínculo intenso entre família e instituição. A fala de um profissional reforça essa percepção: *“para muitas crianças isso aqui é um oásis...muitas famílias utilizam o fato de não vir para cá como castigo para a criança, de tanto que eles gostam daqui.”* Cabe o questionamento sobre o papel importante, porém provisório, que as instituições desempenham.

Os critérios para encerramento dos casos estão calcados em três aspectos: mudanças de atitudes da família, da criança/adolescente vítima da violência e esgotamento das estratégias terapêuticas.

As mudanças familiares são as mais mencionadas, apesar do investimento realizado pelo serviço ser mais voltado para a criança/adolescente, envolvendo tangencialmente a mãe cuidadora, seja ou não ela a autora da agressão. Esperam que a família seja capaz de: reunir condições de se reorganizar, administrar seu cotidiano; manter relações afetivas entre os membros; restabelecer a confiança nos elos familiares; proteger a criança, melhorar a comunicação intrafamiliar; conter o abuso; suprir as necessidades para o pleno desenvolvimento da criança/adolescente; definir os limites

das atuações e atribuições intergeracionais e os diferentes papéis de seus integrantes.

Um dos serviços considera como o momento certo para o encerramento do caso quando as questões da violência familiar não são mais o foco central do trabalho. Nesse momento, as necessidades familiares devem ser apoiadas com encaminhamento para outros serviços da rede social. Há critérios de difícil objetivação, como a superação dos transtornos causados pela violência, meta muitas vezes inatingível, por melhor que seja a atuação do serviço. Na verdade, o que mais se comenta é a interrupção do abuso e a não impossibilidade de reincidência do ato violento.

Em relação à criança/adolescente, espera-se que sua trajetória de vida se modifique, seja pela transformação do comportamento ou da superação dos transtornos causados pela violência. Em relação ao processo de atendimento, um dos serviços comenta que se encerra o caso quando todas as estratégias para a sua solução foram utilizadas, e este não se encontra mais em vias de reincidência.

O ABANDONO DO TRATAMENTO pelas famílias é um fato comum à maioria das instituições analisadas. Somente um serviço não soube informar o percentual anual de abandono do tratamento pelos usuários. Os valores foram apenas estimados na quase totalidade das instituições, com resultados variados dependendo da natureza do atendimento oferecido e do grau de subjetividade na mensuração, dificultando a comparação entre os diferentes serviços. Os valores extremos são dados pela ONG 3, que afirma não ultrapassar 2% de abandono e pelas OGS 3 e 4, que relatam 50% de interrupção do atendimento. O percentual próximo a 20% foi o mais apontado pelos demais serviços. O abandono foi mais mencionado pelas instituições governamentais. Estratégias de recuperação do paciente foram comentadas por alguns serviços, que acionam a escola e o Conselho Tutelar e fazem visita domiciliar na tentativa de trazer a criança/adolescente e suas famílias de volta ao serviço.

As razões que justificam o abandono são variadas. Os motivos mais mencionados pela equipe de profissionais foram falta de

envolvimento da família no serviço e dificuldade para lidar com a violência sofrida, principalmente quando ela foi perpetrada por um de seus membros. Esse fator é pontuado pela bibliografia como um dificultador no processo de adesão. Expressões como “constrangimento, resistência, negação e medo” foram mencionadas pelos técnicos na tentativa de explicar o abandono. Um profissional aponta que o constrangimento se dá muitas vezes pelo fato dos pais sentirem que falharam no seu papel protetor. A intervenção se daria então a partir de uma recuperação da auto-estima dessa família, um reforço em sua capacidade como cuidadores da criança para que eles acreditem *“no seu potencial enquanto pais”*, que foi abalado com o evento. Um outro serviço aponta que sua abordagem caminha no sentido de fortalecimento do lado saudável da família: *“que ela conseguiu e está conseguindo superar essa barra e que tem potencial para tomar as rédeas dessa família”* (tec/OG 3)

Assim, constatamos que a concepção de família violentada e o fato de muitos pais terem histórias prévias de violência dificultam a adesão, segundo a visão dos técnicos.

As mães também mencionam o medo de culparem o familiar autor da agressão (frequentemente o parceiro ou alguém bastante próximo) como algo que pode interferir na adesão ao tratamento. Trazem, entretanto, uma outra importante dificuldade da “ordem do real”. Apontam a questão financeira como um fato que dificulta a frequência ao serviço. Outro fator mencionado pela família é o horário de atendimento, que muitas vezes coincide com o do trabalho *“e não é qualquer patrão que entende”* (fam/OG 3). Apenas um serviço mencionou a preocupação em marcar os grupos de pais para o horário noturno, como forma de viabilizar sua participação. Essa estratégia parece ter dado resultados pois os grupos de pais, segundo a equipe, têm constância e uma boa frequência.

“Conquistar” e acolher a família são passos importantes para redução do abandono ao tratamento, na visão da equipe.

Poucos familiares fizeram críticas sobre o atendimento recebido nas instituições, mas a fala de uma mãe pode dar indícios

das razões que a família encontra para a desistência do atendimento. Comentou que o serviço não vem oferecendo o que ela precisava encontrar: um atendimento psicológico para ela e para suas filhas (a vítima e a irmã). Essa mãe vivenciou um episódio bastante traumático para toda a família, não encontrando, segundo ela, o apoio esperado na instituição. Disse que esperava participar de grupos com famílias com experiências parecidas e atendimento individualizado. Não sabia explicar qual era a formação do profissional que estava lhe atendendo, há aproximadamente dois meses, e que não tinha nenhum tipo de informação sobre o prosseguimento do atendimento. Apontou que essa falta de informação pode ser um dos motivos para que a família abandone o atendimento. Chama a atenção o fato desse serviço criticado por essa mãe ser um dos que apresentam maior taxa de abandono (50%).

Como se conclui desse exemplo, a questão do contrato inicial que se estabelece entre a equipe e a família é de fundamental importância para a evolução do caso. Quase todos os serviços mencionaram um tipo de acordo que é feito no início da intervenção para que a família também se responsabilize pelo processo terapêutico.

A alta taxa de evasão tem preocupado a equipe de um serviço que iniciou pesquisa na tentativa de entender os possíveis motivos para essa desistência:

[...] o nosso índice de abandono é elevado e a gente não sabe exatamente o por quê. A gente já tentou relacionar com tudo, porque a gente tem um banco de dados, a gente já fez as correlações que existem no nosso banco. Por tipo de abuso não é. Por tempo de atendimento não é. Por agressão intra ou extrafamiliar também não. Se o caso estava notificado ou não, também não interferiu. Se o caso foi confirmado ou suspeito, também não... Então a gente está tentando checar outros motivos: se a família mudou, se a demanda foi de outro profissional e não da família e ela acha que está tudo bem e deixa de vir... eu vejo isso [esse elevado índice de abandono] muito mal, porque nós tivemos casos muitos graves que abandonaram." (tec/OG 4).

Nenhuma dificuldade na construção do vínculo prestado pelos profissionais desse serviço foi considerada como fator

que possibilitasse a evasão. Uma outra instituição, que chegou a ter uma taxa de evasão de 70%, apresentou uma visão diferente. Segundo os profissionais, faltava um suporte para lidar com essa família: *"na verdade foi você [profissional] que não conseguiu entrar na dinâmica familiar para poder fazer uma mudança"* (tec/OG 3). Esse grupo foi em busca de supervisão e formação para atender as famílias e conseguiram uma diminuição significativa nesta incidência. Uma outra instituição também faz uma reflexão crítica apontando que *"de repente o serviço não está correspondendo ao que os familiares querem"* (tec/OG 2). Certamente, cada instituição tem que fazer sua própria reflexão e autocrítica pois apenas ela tem completo conhecimento de seus limites e potencial de atendimento.

Em situações de faltas ou abandono, as estratégias utilizadas na tentativa de busca das famílias são o envio de telegrama e a visita domiciliar. Caso não haja retorno, usualmente é feita a notificação ao Conselho Tutelar comunicando o fato ocorrido.

Em casos de REINCIDÊNCIA APÓS A CONCLUSÃO DOS ATENDIMENTOS, constatamos pouca capacidade de sistematização das estatísticas institucionais. Apenas a OG 5 informa 3 casos dos 61 atendimentos feitos em 2001. Em geral, os serviços não se propõem a acompanhar as crianças/adolescentes após o tratamento dispensado, o que seria necessário para melhor avaliar o atendimento. Como a rede social de proteção não funciona de forma eficaz, mesmo que haja reincidência, poucos casos retornam ao serviço que originalmente tratou a família.

A informação sobre casos que REINCIDIRAM APÓS ABANDONO dos atendimentos é também precária, pois os dados de abandono de tratamento são também pouco conhecidos dos serviços. Apenas duas instituições informaram sobre abandono: a ONG 1 informou que 10 casos retornaram, dos 100 atendimentos feitos no ano de 2001, e a ONG 5 não relatou nenhum retorno entre os 15 atendimentos efetuados no mesmo ano.

Gerando informações: os registros institucionais

Embora todos os serviços possuam documentos que registram a história de como o serviço foi criado, há níveis variados de informação. Alguns serviços narraram sua história em livro, artigos científicos, monografias, dissertações ou teses, revistas ou documentos mimeografados. Costumam produzir relatórios de atividades, com frequência variada (trimestral, semestral ou anual). Especialmente nas ONGs esses relatórios costumam ser feitos para cumprir os financiamentos que recebem, tendo maior frequência e detalhamentos distintos, em função dos quesitos priorizados pelo órgão financiador. É uma importante fonte de dados, possibilitando uma aproximação do perfil e qualidade dos serviços oferecidos, embora em nenhum deles se fale em avaliação externa dos resultados obtidos.

Quatro instituições se destacam por realizar publicações registrando as ações e/ou resultados do atendimento (OG 4; ONG 1, 3 e 4). Três delas estão ligadas a universidades/centros de pesquisa, facilitando a produção do conhecimento teórico. Uma outra unidade refere divulgar seus dados no relatório anual do hospital. Foram produzidos textos que, além de resultados, oferecem fundamentações teóricas sobre os problemas surgidos no cotidiano institucional, tais como relação com os Conselhos Tutelares e rede social de apoio.

Todos os serviços informam sistematizar suas estatísticas de atendimento, mostrando a devida preocupação com o processo de atendimento (exceto a ONG 5). Apenas duas instituições não possuem fichas específicas para registro das informações que coletam nos atendimentos: ONG 5 e OG 4. Esta última utiliza o prontuário hospitalar como fonte de registro, impossibilitando a recuperação e análise desse dado.

A princípio, cada serviço registra suas informações em modelos diferentes de fichas, não havendo um padrão comum a todos. No entanto, em todos os serviços podem-se identificar campos para informações que parecem fundamentais para todos eles. Os tipos de documentos comuns à maioria dos serviços são: ficha

de entrada; ficha de atendimento e ficha de acompanhamento. Constatamos, contudo, que algumas ONGs (2, 3 e 4) se destacam por detalhar em suas fichas campos específicos para obter informações fundamentais sobre a criança/adolescente, a família, a história de violência e comunidade. Somente a ONG 4 possui em sua ficha de identificação um campo exclusivo para obter informações sobre o autor da agressão. A OG 1 possui um formulário de denúncia exclusivo, no qual registra informações sobre o autor da agressão, além de documentar o recebimento dos casos em um Livro Ata. A OG 3 apresentou apenas a ficha de notificação de suspeita ou confirmação de maus-tratos. A OG 2, por sua especialidade em psiquiatria, possui uma “ficha de acolhimento” para registrar a queixa principal, a história atual do problema, os dados familiares sob o formato de uma anamnese e um parecer técnico.

Quatro das 5 ONGs visitadas apresentam em suas fichas campos próprios para obter informações da relação da criança/adolescente com a comunidade em que vive, por atuar em várias frentes de trabalho com clientela em situação de risco social.

Entende-se que cada serviço constrói seus modelos de fichas de acordo com as suas especificidades e necessidades de informação. Como proposta para aprimoramento de fichas, tomam-se como exemplo alguns modelos. Por exemplo, as ONG 3 e 4 possuem modelos de fichas de identificação onde propõem registrar, em um único instrumento, informações que procuram cobrir dados históricos da vítima, da família, do evento violento, do autor da agressão e observações sobre os procedimentos adotados pelo serviço. O fato de registrar as informações em um único instrumento pode facilitar de algum modo a sistematização e informatização dos dados, possibilitando para a equipe ou outros usuários acessá-los mais rapidamente. Quanto às fichas de acompanhamento/ evolução dos casos, a ONG 4 apresenta um modelo bastante complexo, no qual engloba o histórico da vitimização, antecedentes da criança/adolescente, antecedentes familiares, um campo para o relato da discussão do caso e outro para indicação de atendimentos e dos atendimentos realizados. Esse serviço protocola os acompanhamentos internos e externos em um formulário, garantindo de certa forma o acompanhamento do percur-

so de cada caso, até o desligamento da instituição, que é registrado em uma ficha.

A partir da análise de algumas fichas de atendimento, fazemos a seguir uma proposta de modelo para os serviços, contendo alguns campos de informação relevantes a serem considerados para o registro, sistematização e recuperação de dados. Contudo, esta proposta não é exclusiva ou excludente, pois cada serviço, a partir de sua própria experiência, pode identificar prioridades e lacunas de informação para melhor qualificar seus registros:

- um campo para o registro de dados sobre a origem do encaminhamento da criança/adolescente;
- dados pessoais da criança/adolescente e do pai/responsável, além de dados sobre a composição familiar (nomes completos; endereço e telefone da residência e do trabalho; documento de identificação; idade; sexo; raça; profissão; renda; grau de escolaridade dos membros da família; grau de parentesco);
- dados sobre a vida escolar da criança/adolescente (nome da escola; série; dificuldades de relacionamento na escola; presença da família na vida escolar; dificuldades de aprendizagem);
- dados sobre o trabalho do pai/responsável e disponibilidade de horário para o atendimento;
- dados sobre moradia (tipo da construção; número de cômodos; se própria ou alugada; presença de rede elétrica) e condições de saneamento, transporte, lazer, serviços de saúde e história de violência na comunidade; campo para informações sobre as despesas mensais da família;
- dados sobre saúde/nutrição da criança/adolescente (histórico de doenças infantis; histórico de vacinação; uso de medicamentos; periodicidade de visitas médicas; histórico de doença mental na família; histórico de uso de drogas na vida da criança/adolescente e família; alergia; hábitos alimentares; hábitos de higiene pessoal);
- dados sobre sexualidade da criança/adolescente (gravidez; DST/Aids; aborto; atividade sexual);
- dados sobre a composição familiar e aspecto psicossocial da família (relacionamento entre os pais/responsáveis; relacionamento entre os irmãos; afinidades; conflitos; super-

visão; relacionamento com a família ampliada);

- dados sobre o relacionamento na comunidade (instituições frequentadas, relação com amigos; conflitos);
- dados sobre a história da violência (tipo de abuso e características; agressor; descrição do evento; que pessoas têm conhecimento do abuso; frequência do abuso; local);
- registro detalhado de todas as entrevistas feitas com crianças/adolescentes, familiares e agressores, com identificação clara do profissional que atendeu (serviço social, psicologia etc.).
- dados sobre as visitas domiciliares;
- dados sobre a articulação jurídica (notificação de maus-tratos; quem notificou; boletim de ocorrência policial; Conselho Tutelar; Vara da Infância e Juventude);
- dados sobre os trâmites judiciais dos casos denunciados;
- dados sobre o autor da agressão (nome, idade, escolaridade e grau de parentesco ou de proximidade da criança/adolescente);
- dados sobre os encaminhamentos para atendimento social, psicoterapêutico, jurídico para a criança/adolescente e família;
- dados sobre desligamento, reincidência e abandono.

Menos da metade dos serviços informatiza as fichas de atendimento compondo um banco de dados que possibilite a manipulação mais ágil e eficaz das informações geradas no atendimento. Observamos que a presença de computadores nas unidades não significa necessariamente a existência de um banco de dados sobre o atendimento oferecido.

Seis instituições referem possuir informações sistematizadas sobre o perfil das famílias atendidas. De um modo geral, registram dados socioeconômicos, situação conjugal dos pais, número de filhos por família, entre outros.

Os dados sobre atendimentos à família são precários, na maioria das unidades. Não estão discriminados nem em frequência nem quanto ao tipo: atendimento em grupo ou isoladamente, visitas domiciliares, reuniões com as famílias em comunidades

ou oficinas de prevenção. A qualidade da informação existente torna impossível distinguir a atuação externa, mais realizada pelas ONGs, e dos grupos de família realizados nas instituições. Metade das instituições tem registro do número de atendimentos feitos aos familiares das crianças e adolescentes vítimas de violência, com predomínio materno. As ONGs referem os atendimentos aos irmãos em segundo lugar, enquanto nas OGs pais, tios e avós são mais apontados, tendo os padrastos como os últimos colocados.

As instituições não têm por hábito individualizar o registro dos atendimentos aos autores de agressão, seja por não dispor, efetivamente, do atendimento ou por apenas incluir algumas de suas características na ficha de diagnóstico geral do caso. Destaca-se apenas a ONG 4, que relata 785 atendimentos a agressões entre 2000 e junho de 2002, provavelmente incluindo todos os atendimentos individuais, grupais e oficinas de prevenção. Os autores de agressões mais notificados são a mãe e o pai, alternando a primazia entre os serviços. O padrasto segue em importância, e a presença de irmãos, avós, tios, outros familiares e/ou responsáveis, vizinhos e conhecidos também são comentados. Embora poucos serviços possuam essa informação sistematizada, a faixa de idade mais relatada é a dos 19 aos 39 anos.

No campo da saúde, observa-se que a atuação dos responsáveis pelos registros de dados sobre violência é, muitas vezes, desqualificada. O profissional de saúde, sobretudo o médico, não considera o preenchimento dos formulários que geram a informação como uma tarefa importante, se comparada a todas as que ele tem que exercer. Nesse sentido, tem sido feito um investimento do Ministério da Saúde ao reafirmar que a notificação de maus-tratos pelo profissional de saúde é compulsória (MS, 2002). Há uma questão cultural que tradicionalmente desvaloriza a tarefa de registrar informações e sistematizá-las. Mas, atualmente, a informação tem uma importância central na sociedade tanto para subsidiar propostas de políticas públicas, quanto para a estimular a consciência cidadã sobre a questão da violência, suas origens, suas causas e conseqüências (Marteleto, 1987; Njaine et al., 1997).

A questão da violência no Brasil vem colocando para a sociedade a necessidade urgente de um debate público com as organizações governamentais responsáveis pela saúde, educação, justiça, segurança da população, movimentos sociais, organizações não-governamentais e os serviços de atendimento a vítimas de violência. Importante passo foi dado com a formulação e oficialização da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, resultado do investimento de diversos grupos de pesquisa e de atuação na sociedade civil (Brasil, 2001).

A importância da informação sobre violência para o aprimoramento do sistema de morbidade no país é indiscutível, uma vez que mesmo os dados gerados pelo setor saúde não são suficientes para se conhecer a magnitude do problema. As diversas fontes de informação que produzem dados sobre morbidade necessitam ser integradas para que se possa utilizá-los de forma mais produtiva. No entanto, é necessário que a informação seja qualificada desde a sua geração e esta é uma tarefa para os setores governamental ou não-governamental, que trabalham com a questão da violência.

Os profissionais e o trabalho que desenvolvem

Este capítulo dá destaque à visão que os profissionais têm do trabalho que desenvolvem para a superação da violência na família. São apresentados: 1) a constituição das equipes multiprofissionais; 2) as linhas terapêuticas utilizadas nas abordagens; 3) a confiança dos profissionais na superação da violência pela família; 4) as sugestões de profissionais e pais para a oferta de um atendimento capaz de promover a superação da violência familiar; 5) a sustentabilidade institucional, ponto central para a manutenção das equipes.

Constituição das equipes multiprofissionais

Entre todos os serviços visitados, apenas um não possui equipe multidisciplinar (ONG 5), sendo uma unidade pequena, com envolvimento de poucos profissionais. Isso demonstra o rico potencial profissional que o enfrentamento da violência vem propiciando no país. Contudo, o perfil e a manutenção dos profissionais difere segundo a natureza do serviço ser ou não governamental.

Os CRITÉRIOS DE SELEÇÃO para a contratação de profissionais definidos pelas ONGs são, em geral, mais detalhados e exigentes, refletindo a maior autonomia que têm sobre todo o processo seletivo. Nas OGs há muito mais um arranjo interno de profissionais pertencentes ao serviço público, ocorrendo frequentemente a adesão daqueles que se interessam pelo atendimento à violência e/ou indicações de superiores. Chama a atenção o processo seletivo de uma ONG pela criatividade: uma situação problema é apresentada e pede-se que o candidato faça o encaminhamento do caso. Esse mesmo serviço exige, para determinadas categorias profissionais, a elaboração de um projeto de intervenção. Agregando todos os critérios gerais va-

lorizados para a escolha do profissional a ser absorvido pelas instituições, temos:

- formação técnica teórica e experiência na área da infância, adolescência e família;
- experiência e disponibilidade interna para lidar com pessoas em situação de vulnerabilidade social;
- identificação com o trabalho social e comunitário;
- disponibilidade para o trabalho em equipe multidisciplinar;
- facilidade no estabelecimento de vínculos nas relações interpessoais com a equipe e com o público atendido;
- habilidade para atuar articuladamente com a rede social de apoio;
- disponibilidade afetiva para o trabalho com crianças, adolescentes e famílias que vivenciaram situação de violência psicológica, física e ou sexual.
- comprometimento pessoal, responsabilidade e comportamento moral e ético;
- perfil dinâmico, criativo, espírito de liderança, autonomia;
- disponibilidade para momentos de planejamento e avaliação sistemática, acompanhada de estudo de caso supervisionado;
- inclusão em processo psicoterapêutico ou que tenha se submetido ao mesmo (critério direcionado especialmente para a seleção de psicólogo);
- envolvimento permanente em processos de formação que o capacite para as questões da infância, adolescência e família no contexto da violência;
- habilitação em curso de especialização em violência doméstica contra criança e adolescente, e/ou especialização em terapia familiar sistêmica;
- capacidade de realizar estudos e pesquisas que subsidiem a formulação de políticas e ações.

A maioria dos serviços relata que seus profissionais possuem **CAPACITAÇÃO** para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência e seus familiares. Apenas em dois serviços a

busca por capacitação é um esforço individual do profissional; a explicação dada para a inexistência de capacitação coletiva decorre do fato de que a ONG 5 conta com trabalho voluntário e a OG2 não considera o atendimento às vítimas de violência como prioridade. As OGs 3 e 5, que são serviços públicos hospitalares, se destacam por referirem que a capacitação de seus profissionais foi buscada individualmente ou em grupos, não sendo uma atividade rotineira do serviço a formação dos seus técnicos.

Os demais tomaram a capacitação como parte da atuação do serviço. A maioria teve um momento de capacitação anterior (entre 1997 e 2002) para toda a equipe. Encontros regulares de capacitação mensais ou quinzenais foram descritos pelas organizações não-governamentais. Aulas, seminários, cursos, grupos de estudo, estudo de casos, sociodrama, supervisão, fóruns de debates, estímulo à participação de eventos e apresentação dos trabalhos desenvolvidos na instituição são formas de aperfeiçoamento profissional mencionadas. A equipe das duas instituições investigadas na região 4 esteve matriculada em curso de especialização sobre violência doméstica, adquirindo importante referencial teórico. Mesmo assim, uma profissional dessa região (OG 4) lamenta não ter na equipe alguém com formação em terapia familiar, mostrando o quanto o atendimento à violência familiar necessita realmente de um enfoque interdisciplinar. A ONG 3 tem a formação de educadores sobre a problemática da violência contra a criança e o adolescente como uma de suas prioridades, mantendo um curso permanente para a equipe.

Embora as instituições de natureza não-governamental apresentem maior flexibilidade nos seus recursos para o investimento na seleção e contratação de recursos humanos, possuem maiores dificuldades na manutenção do seu *staff*. As OGs contam a seu favor com a possibilidade de manutenção das equipes, estabilidade que a médio e longo prazo podem propiciar o desenvolvimento de metodologias de trabalho e do conhecimento teórico-prático. No anexo apresentamos uma lista com referências bibliográficas e filmes citados pelas equipes como apoio para sua formação. Acreditamos que o material pode ser muito útil aos demais serviços atuantes nessa área.

O PERFIL DAS EQUIPES DE PROFISSIONAIS que trabalham nas instituições não-governamentais é variado segundo a região do país: as ONGs 2 e 5 são as menores, com apenas 4 e 6 profissionais; em posição intermediária está a ONG 3, com 13 pessoas. As duas mais amplas organizações são as ONGs 1 e 4, com 34 e 20 profissionais, respectivamente.

A maioria dos profissionais que trabalha nas ONGs possui nível superior, predominando a formação em psicologia, seguida por serviço social e pedagogia. A presença de formação em psiquiatria e nutrição foi mencionada apenas por um serviço. Entre os profissionais que ocupam outros cargos, estão: secretárias, recepcionistas, educadores sociais, técnicos em contabilidade ou contadores, motorista, cozinheira, tecelã e estagiários de diversas formações profissionais. O vínculo trabalhista mais freqüente é a contratação via CLT (Consolidação das Leis de Trabalho), seguido pela prestação de serviços específicos. O voluntariado surge como a opção colateral para a maioria das unidades, sendo contudo a principal forma de absorção de profissionais da ONG 5, onde apenas uma pessoa é funcionária. A opção de convênios que possibilitam o pagamento de pessoas via RPA (Recibo de Pagamento a Autônomos) para trabalhar na unidade foi pouco mencionada.

Todas as ONGs contam com o apoio de estagiários na equipe, especialmente dos cursos de psicologia, serviço social e pedagogia. Em menor freqüência também foi mencionada a presença de alunos dos cursos de letras, história, educação física e *design* gráfico. Além de colaborar para garantir a multiprofissionalidade das equipes, a estratégia é importante uma vez que permite a troca com universidades e colabora para a formação de futuros profissionais da área. As atividades por eles desempenhadas dependem das ações oferecidas nas instituições. Dão apoio psicossocial na sala de brinquedo, no atendimento psicoterapêutico, nas entrevistas com pais e visitas domiciliares, nas oficinas de prevenção realizadas na comunidade, nas atividades de lazer e no reforço escolar de crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizado.

A carga horária dos profissionais das ONGs é muito variada, de 4 a 40 horas semanais, com exceção dos voluntários, que

ficam tempo restrito nas unidades. As variadas formas de vinculação apontam para as inúmeras dificuldades de sobrevivência dessas organizações, que precisam constantemente angariar fundos para a manutenção de suas equipes. A remuneração que oferecem também é variada, dependendo da carga de trabalho despendida na unidade. É mais comum observar profissionais de nível superior recebendo acima de 7 salários mínimos por 40 horas de trabalho e profissionais de apoio recebendo entre 1 e 3 salários mínimos. Duas ONGs (1 e 5) mencionaram o pagamento de 1 salário mínimo para profissionais menos qualificados.

As dificuldades enfrentadas pelos profissionais que trabalham em instituições governamentais são de outra ordem. A maioria que trabalha em hospital possui nível superior e é funcionário público. A OG 4 agrega outros profissionais associados a uma cooperativa. A prestação de serviços e a contratação via CLT são estratégias também utilizadas para esse fim, face à dificuldade de contratação existente no serviço público. Os assistentes sociais são a categoria profissional predominante, seguidos pelos psicólogos, médicos e enfermeiros. Outras profissões atuam na equipe interdisciplinar, tais como nutricionista, farmacêutico, terapeuta ocupacional.

O regime de trabalho é variado, oscilando de 12 a 40 horas semanais, sendo que uma unidade ambulatorial possui regime de plantão 12/36 horas. A remuneração para aqueles que possuem nível superior e trabalham 40 horas é de mais de 7 salários mínimos. Profissionais cooperativados recebem um pouco menos. Profissionais de pouca qualificação profissional recebem um salário mínimo (OG 1).

Apenas duas organizações governamentais contam com a ajuda de estagiários (2 e 5), indicando lacunas nesse tipo de investimento. Há nesses dois serviços estagiários de especialidades da área da saúde: medicina (incluindo psiquiatria), enfermagem e fisioterapia.

A COMPOSIÇÃO DA EQUIPE foi considerada uma grande dificuldade pelos profissionais da maioria das instituições, sen-

do comum a insuficiência de pessoal frente às demandas do atendimento. As ausências mais sentidas são as dos profissionais da área de saúde mental (psicólogos e psiquiatras). Constatamos também a escassez de especialistas em terapia familiar.

Outra sorte de problemas é a troca constante de profissionais, que contribui para a falta de coesão de equipe e torna mais difícil a manutenção da continuidade do atendimento. Essa troca de profissionais ocorre por diferentes motivos. No caso das OGs, há casos de mudança de lotação do servidor ou saída da equipe por considerar o salário inadequado para as funções realizadas. Já em relação às ONGs, nem sempre é possível manter a contratação de serviços prestados, uma vez que, às vezes, a fonte dos recursos cessa quando finda um projeto financiado por um órgão de fomento. Essas dificuldades conformam um problema de sustentabilidade institucional, como será visto mais adiante.

A experiência com pessoal voluntário é problemática, especialmente devido à precária assiduidade e a dificuldades no cumprimento dos compromissos assumidos (ONG 5).

Linhas de abordagem adotadas pelos psicólogos nos serviços

Em relação aos objetivos do atendimento psicológico prestado pelos serviços, percebemos claramente que as ONG apresentam uma proposta de intervenção mais ampliada. As OGs visam mais à terapia breve e ao suporte emocional.

Analisando-se o conjunto das respostas, as instituições mencionaram os seguintes objetivos para o atendimento psicológico às crianças/adolescentes e suas famílias:

- conhecer e compreender as diferentes situações de violência apresentadas, com seus múltiplos fatores;
- promover o desenvolvimento de crianças/adolescentes, que vivenciaram algum tipo de violência;
- possibilitar às crianças/adolescentes em situação de

violência a ressignificação da vida, com a abertura de novas perspectivas;

- possibilitar um espaço onde crianças/adolescentes tenham suporte e encorajamento para enfrentar suas dificuldades pessoais e de conjuntura familiar, para que possam fazer bom uso da oportunidade dada pela instituição e, reescrever suas histórias, com melhores perspectivas de vida e de futuro, exercendo da melhor maneira seus direitos, sua cidadania e sua liberdade.
- possibilitar um encorajamento às crianças/adolescentes para que saibam “pedir ajuda”;
- trabalhar as possíveis dificuldades de relacionamento entre as crianças/adolescentes atendidas;
- rever os papéis femininos e masculinos introjetados pelas crianças/adolescentes;
- elaborar laudos técnicos.

É evidente que vários itens acima apontados pelos serviços estão dirigidos ao atendimento realizado diretamente com crianças e adolescentes. Apenas algumas ações acima alcançam a família como um todo, expondo a falta de sistematicidade da atenção ao grupo familiar.

Contudo, nas falas dos profissionais, a visão mais predominante é a de que entende a família como um sistema. Essa idéia foi mencionada pela maioria dos serviços como uma forma de compreender a família. No entanto, apenas três serviços mencionaram trabalhar diretamente com a abordagem sistêmica (OG 3, ONG 3 e ONG 5).

A linha sistêmica entende que a família tende a funcionar como um sistema total. As ações e comportamentos de um membro influenciam, e, simultaneamente são influenciados pelo comportamento de todos os outros (Calil, 1987; Osório & Valle, 2002).

O enfoque psicanalítico foi eleito pela OG 1 como principal abordagem; alguns outros serviços combinam o enfoque sistêmico com a psicanálise (principalmente para os atendimentos individuais) e o psicodrama/sociodrama (ONG 4, ONG 5, ONG 3). Estudos apontam para a eficácia do psicodrama como técnica de interven-

ção na qual é realizada uma interpretação da encenação pela ótica psicanalítica e sistêmica (Osório & Valle, 2002; Elkaim, 1998).

As instituições não-governamentais apresentam um modelo de intervenção mais criativo, com a utilização de várias técnicas “buscando acertar”, enquanto os serviços públicos estão ancorados quase que exclusivamente na intervenção individual, centrada na criança/adolescente e no responsável, apontando para uma intervenção mais voltada para a terapia breve. A ONG 2 aponta que sua intervenção se limita ao aconselhamento e não se configura como um atendimento psicológico.

Em um dos serviços, a linha de abordagem, que segundo os técnicos ainda está em construção, vem identificando que uma intervenção gestáltica por meio da terapia corporal poderia dar uma resposta “*mais concreta, trabalhar com o presente, com o real*” (tec/ONG 1). Esse tipo de abordagem percebe o indivíduo de uma maneira holística e trabalha com uma visão focal, do aqui e agora, sem recorrer a eventos de longa data (Osório & Valle, 2002; Elkaim, 1998). Esta mesma ONG aponta também para a utilização da abordagem existencial/humanista para os atendimentos psicoterápicos. Esse tipo de corrente sinaliza que o ser humano tem liberdade ilimitada de escolha e deve assumir responsabilidade absoluta pelos seus atos. A pessoa, portanto, é estimulada a descobrir o sentido em sua própria existência, e não em doutrinas impostas externamente. (Elkaim, 1998).

A ONG 3 apresenta uma abordagem diferenciada das demais pois aborda a questão da educação popular. Entende a sociedade dialeticamente, a partir da leitura do materialismo histórico. No campo da Psicologia, utilizam referenciais do psicodrama e do construcionismo a partir da teoria de Vigotski. Combinam, segundo eles, a visão sistêmica, construtivista e sociodramática. A visão do construtivismo parte do pressuposto de que a realidade não se apresenta como pronta e acabada e, sim, é construída pelo indivíduo a partir de suas interações sociais.

Outro enfoque diferenciado, principalmente por não ter como objetivo a terapia, e sim o diagnóstico, é o de uma instituição que

baseia sua atuação na solidariedade, com uma concepção da filosofia salesiana: *"por uma solidariedade que transforma, esse é o nosso lema"* (tec/ONG 2).

Um técnico aponta para a dificuldade de transpor um modelo clínico de atendimento para a abordagem de questões relacionadas à violência:

(...) a gente trabalha com dados de realidade e não só com dados que o paciente traz como mundo interno. E acho que isso é a grande dificuldade do terapeuta que sai da clínica tradicional, seja ela de qualquer linha e corrente teórica, e vai trabalhar com essa questão porque a gente precisa lidar com dados da realidade. Existiu o fato. Não é fantasia, não é desejo do mundo interno, é um fato. (tec/ONG 4)

Esse depoimento pode nos levar a uma reflexão acerca do que se entende por realidade e como esta é percebida e representada pelos sujeitos. Também nos leva a refletir sobre situações em que a violência se encontra velada ou simbolicamente presente, fazendo com que o conceito de realidade seja polissêmico.

Parece não haver um modelo fechado para o atendimento às crianças e aos demais familiares. Cada serviço adota suas próprias técnicas, ora utilizando a bagagem profissional de sua equipe, ora "orientando" a formação dos profissionais em uma linha teórica. A ONG 2 e a OG 4 ressaltaram que cada profissional segue sua linha teórica. Alguns serviços consideram que possuem um atendimento terapêutico, tanto para a criança quanto para a família; outros, apenas fazem o diagnóstico e encaminhamento ou se limitam ao "aconselhamento".

Na realidade, apesar de alguns serviços mencionarem ter a *"família como o centro"* do atendimento, não percebemos, na maioria deles (alguns estão mais próximos desse desafio do que outros), um envolvimento efetivo da família como um todo. Esse fato se contrapõe à teoria verbalizada pelos serviços de que a família precisa ser concebida como um sistema a ser ajudado. Apesar dessa noção de família como um sistema, apenas três serviços utilizam a técnica sistêmica como instrumento de inter-

venção. E, mesmo nesses serviços que atendem a família com abordagem sistêmica, não observamos durante as visitas aos serviços um envolvimento mais efetivo de irmãos, avós, tios e outros familiares. Quando muito, ouvimos relatos sobre a participação de mães e pais (com a predominância das primeiras). Um dos serviços aponta que *"tem um bom trabalho com as mulheres, mas com os homens ainda é muito pequeno"* (tec/ONG 3).

Incluir a "família como o centro" da atenção é uma meta que pressupõe uma profunda mudança cultural na área do atendimento social.

Considerando a diversidade das linhas de abordagem mencionadas, apresentamos no anexo 2 uma breve compilação teórica dessas propostas.

Confiança dos profissionais na capacidade das famílias superarem a dinâmica da violência

A credibilidade que os profissionais atribuem às famílias para a superação das vivências e dos modelos de convivência e interação centrados na violência, revelam o grau de confiança nas potencialidades desses familiares. Também expressam o conjunto de observações empíricas, acumuladas em vários anos de atuação. No dia-a-dia, fazem análises ideológicas acerca das famílias que atendem, embasadas nas representações que possuem sobre elas e sobre a própria vivência profissional.

Certamente, se o profissional tem como ponto de partida, consciente ou inconscientemente, que é muito difícil haver a superação de modelos violentos e de suas conseqüências, então a ação dificilmente vai promover ou "enxergar" possíveis mudanças. À medida que o profissional acredita que a família possa se modificar, há uma transferência dessa credibilidade para a família e ela passa a ser co-participante no processo de superação ou redução da violência.

Nesse sentido, as perspectivas variaram consideravelmente entre organizações governamentais e não-governamentais.

Os profissionais das organizações não-governamentais destacaram o potencial de qualquer família, mesmo em condições de miserabilidade, superar a violência como modelo interacional e como vivência. Algumas condições prévias seriam necessárias. Primeiro, que fosse apresentada, por meio de um trabalho sociopedagógico, a outros modelos de interação familiar e de educação dos filhos, mas desde que fossem providas dos variados mecanismos de suporte de que precisam (emocionais, terapêuticos e das necessidades elementares de sobrevivência).

(...) na medida em que essa família se sente mais acolhida, ainda que muitas vezes esse acolhimento soe como uma certa ingerência externa na família, de alguma forma ela reage, ela responde a esse acolhimento (...) Quando ela não vê essa estrutura externa, essa rede (...) a tendência é acomodar (tec/ONG 4).

A maioria dos profissionais (OG e ONG) reflete que a aceitação de ajuda, o engajamento dos cuidadores e de outros parentes da criança/adolescente, o “vínculo terapêutico” e a “disponibilidade interna” dos familiares são fatores fundamentais para tal processo.

Os profissionais das organizações governamentais mostraram-se mais cautelosos quanto a qualquer crédito *a priori*. Trazem ao debate a especificidade de cada família, a necessidade de avaliar o nível de comprometimento de cada uma, dado que “*é a violência que muitas vezes mantém aquela família estruturada*” (tec/OG 5) e que não raro aquele é o único modelo de relacionamento que aprenderam desde a infância.

Algumas noções importantes influenciam a credibilidade que os profissionais depositam na possibilidade da família superar a dinâmica violenta, tais como a necessidade de recursos externos (suporte social) e internos (subjetivos/ psíquicos) de cada uma, além do vínculo e adesão ao atendimento. Ponderam que não existe um único padrão de interação familiar violenta, sendo necessário o exame de cada caso. Segundo a experiência empírica dos profissionais, a possibilidade de mudança das relações violentas também varia segundo o tipo de maus-tratos envolvidos. A

negligência foi apontada como mais suscetível a uma ação socioeducativa e, no extremo oposto, o abuso sexual foi tido como a forma de violência de mais difícil superação, muitas vezes envolvendo desestruturação familiar.

Alguns depoimentos enfatizam a importância terapêutica e de reconstrução dos papéis protetivos.

Existe aí uma teoria a respeito do abuso sexual, que fala que se o adulto assumir a responsabilização e a culpa pelo ato abusivo tem a ver com uma retomada da parentalidade dele, daquele pai, principalmente no abuso intrafamiliar. Ele saiu do lugar de protetor, do papel parental pra ir pra um lugar ligado a sexualidade. Quando ele diz, "não, foi ela que me provocou ou ela gostava". "Eu como adulto, não é? É que comecei essa questão errada", [se ele reconhece essa responsabilidade] ele volta pro lugar de proteção, de parentalidade, de referência dentro do processo terapêutico. Então a gente encara que quando ele chega em surto brabo "andaram aqui falando que espanquei meu filho, só dei um corretivo", ele tenta fazer aliança já na triagem. A gente fala para ele esperar um pouquinho, (...) a gente trabalha que aquilo que foi feito não está em consonância com as questões de cidadania, de responsabilidade de lei. Acho que isso é importante enquanto processo terapêutico também (...) Muitos serviços resistem em considerar isso (tec/ONG 4).

Os profissionais, refletindo sobre o cotidiano de atendimento, afirmam depositar prioritariamente na figura da mãe e, secundariamente, em outros personagens femininos, o papel de mobilizador de mudanças na dinâmica do relacionamento familiar. Não fica claro, entretanto, se tal afirmativa é válida para as mães identificadas como autoras de agressões nem se a assertiva baseia-se em experiência, literatura ou simplesmente no fato de não se ter comumente o acesso a outros familiares no atendimento prestado.

Sugestões para um atendimento capaz de promover a superação da Violência Familiar

Num exercício de projeção de condições mais propícias, consideradas ideais de atendimento, os *profissionais* apontam várias

diretrizes para aumentar a eficácia do trabalho. Reivindicam como condição necessária para que o atendimento melhore qualitativa e quantitativamente: a) espaço físico adequado para o atendimento; b) ampliação da equipe, principalmente no que se refere a profissionais das áreas da saúde mental e da assistência social; c) equipamentos e materiais para melhor atenderem as crianças; d) melhores salários; e) criação da rede de referência e contra-referência; e f) maior contato com a família.

Como já foi dito, embora reivindiquem profissionais de saúde mental e assistência social, não há uma demanda mais específica para terapeutas familiares.

Especificamente em relação às ONGs, os técnicos mais uma vez chamam a atenção para a necessidade de terem recursos financeiros assegurados, a fim de continuarem existindo.

[A ONG faz] o trabalho que deveria ser feito pelo poder público (...) Elas [ONG] precisam pressionar cada vez mais [o poder público para fazer o seu papel] (...) resolver um pouco os nossos problemas de financiamento (...) a gente vive numa incerteza (...) a gente vive muito de projetos financiados por outras entidades (...) eles terminam (...) então essa é uma questão que fica nos angustiando (...) buscar mais pela nossa autonomia (tec/ ONG 2).

Junto à problemática que uma ONG vive para manter o seu atendimento, tão bem retratada nesse depoimento, podemos inferir dessa fala uma aparente ambigüidade. Ao mesmo tempo em que se busca uma autonomia para poder suprir as deficiências dos equipamentos públicos, também se reivindica recursos financeiros do poder público para que se possam manter as atividades. Por outro lado, muitas dessas ONGs operam nas lacunas da ação do Estado, suplementando os déficits desta atuação sem ter o apoio adequado.

Ressaltamos ainda as condições voltadas para o campo das políticas públicas. Segundo alguns entrevistados, mecanismos legais devem ser criados e/ou implementados no sentido de dar um suporte para o atendimento. Tais mecanismos se referem, principalmente, à criação de medidas de prevenção à violência nas

escolas e nas comunidades em geral (por exemplo, oficinas educativas e artísticas nas comunidades); e garantia da existência do atendimento a crianças e adolescentes maltratados em todos os serviços de saúde. Alguns reivindicam mecanismos mais sistemáticos de punição dos pais e de todos os que praticam violências contra esses sujeitos.

Procedendo a uma sistematização do conteúdo dos relatos dos profissionais, podemos considerar dois grandes conjuntos de condições. O primeiro diz respeito à organização, estratégias e estruturas *internas* ao serviço. O segundo é voltado para as relações *externas*, isto é, as articulações com a rede de serviços de saúde, educação e de defesa e garantia de direitos, e com aqueles capazes de prover suporte ampliado às famílias.

Em relação às *condições internas*, os profissionais refletem sobre a importância de poder contar com a ação de equipes multiprofissionais. Como já mencionado anteriormente, alguns serviços citam a necessidade das equipes possuírem terapeutas especializados na abordagem familiar e de contar com um psiquiatra ou psicólogo para atendimento de adultos.

As estratégias de abordagem também mereceram a reflexão dos entrevistados. Uma das questões mais apontadas foi a idéia de desenvolver ações que permitam discutir com pais e fazê-los refletir sobre os modelos de educação dos filhos, permitindo o desenvolvimento de relações e dinâmicas familiares não violentas, mas pautadas no diálogo, respeito e afeto. Algumas variações dessa proposta se relacionam ao *locus* onde serão desenvolvidas, se dentro dos serviços ou se voltadas para as comunidades, incluindo um enfoque de prevenção.

A visita domiciliar foi apontada por muitos como um recurso ainda pouco explorado, mas que possui grande potencial, permitindo conhecer a realidade das famílias e partilhar um pouco de seu cotidiano.

O desejo de promover terapia familiar e ampliar a participação dos membros da família de forma mais sistemática no trabalho,

foram propostas constantemente citadas. Trabalhar a comunicação e os vínculos da criança /adolescente e seus familiares também foram relatados regularmente como demandas.

Profissionais de um dos serviços refletem que ao trabalhar isoladamente a criança/adolescente, favorecendo sua auto-estima, dando-lhe possibilidades de traçar outros horizontes culturais e de projeto de vida, mas sem investir no mesmo processo com seus familiares, se constrói uma distância, um divórcio de expectativas. Essa distância, cultivada pelo próprio serviço, poderia colaborar para que adolescentes se afastassem de suas famílias.

Eu acho que a gente acaba fazendo um trabalho aqui com essas adolescentes, dessa história da auto-estima, das aspirações pra vida. Que a gente, o serviço social que conhece mais de perto essa realidade, que vai na casa, que chega numa casa que é um cubículo, com um colchão onde dormem quinze. E que a gente se depara, que a gente consegue refletir mais de perto essa realidade. E aí, eu acho que a gente acaba tendo um espaço aqui, é..., possibilitando um nível de aspiração dessas meninas, que não é o nível de aspiração da coleguinha que tá lá, que não é atendida pela casa. Aqui elas participam do grupo de teatro na universidade, têm contato com outras pessoas, começam a circular pela cidade, começam a freqüentar lugares, com catorze anos, que nunca freqüentaram por mais que pra gente parece ser muito comum ir no correio, ir no banco. Ir numa central de cidadão, que pra gente é uma coisa do dia-a-dia, pra elas... muitas vezes não é. Mal saem da sua comunidade. Então elas começam criando um outro nível de aspiração. E muitas vezes a família não acompanha isso. Se pra ela é, é deslumbrante, é maravilhoso, ela tá num espetáculo no teatro aqui da cidade e ganhar um prêmio? Pra família, tanto faz, a família não sabe nem o que é teatro. Mal tem televisão em casa. Eu acho que, que a gente tem que fazer aí, pro próximo ano, já é uma demanda que é colocada, essa história, de uma aproximação maior com a família. É fazer com que essa família acompanhe esse desenvolvimento que tá acontecendo. Porque senão, a gente vai criar situações, em que cada vez mais vai acirrar os conflitos familiares! (tec/ONG 1)

As condições externas para um atendimento mais eficaz no apoio às famílias visando à superação da reprodução e dos danos da violência dizem respeito, quase que em uníssono, às deficiên-

cias e lacunas da rede de proteção à criança, ao adolescente e à sua família.

As muitas necessidades das famílias pobres e miseráveis exigem muito mais do que os serviços existentes no município oferecem. Óbvio dizer que essas necessidades prementes interferem de forma negativa e direta nas condições de proteção da criança e de harmonia familiar. Atendimento em saúde física e mental dos familiares, creches, tratamento para alcoolismo e para dependência de outras drogas foram demandas invariavelmente citadas. Contudo, a necessidade de programas de geração de empregos para os pais ou para os adolescentes foi a questão mais comentada como deficitária.

Maior comunicação e articulação entre os serviços de proteção à criança /adolescente, especialmente o Conselho Tutelar, a Vara da Infância e da Juventude e Ministério Público, também constituíram demandas regulares para aumentar a eficácia do trabalho dos serviços. Ainda foi apontada como necessidade a capacitação mais adequada dos conselheiros tutelares sobre formas mais sensíveis e respeitadas de atendimento às famílias que vivenciam o problema da violência (intrafamiliar ou extrafamiliar) e sobre maneiras de melhorar a comunicação entre esse órgão e os familiares, explicando-lhes os motivos e objetivos do atendimento.

Entre outras instituições, a escola mereceu severas críticas pelo seu pouco envolvimento em trabalhar, seja de forma preventiva, seja na notificação das situações de violência familiar.

(...) as crianças, por exemplo, que apresentam isso, faltam muito à escola, não conseguem aprender (...) dois, três anos na mesma série; já seriam indícios tênues de violência doméstica que os professores não estão preparados pra reconhecer e identificar e nem encaminhar. Eles inclusive não querem se incomodar. Se for levar esta proposta pra escola... “Não, isso não é comigo. Não, isso não me diz respeito. Deus me livre!! Ela vem aqui e me bate, a mãe dele”. Que dizer, a sua responsabilidade enquanto operador de proteção, um educador, o compromisso com a criança... não existe isso (tec/ONG 5).

Os depoimentos dos *familiares* acerca das condições necessárias para se promover a melhoria do atendimento, em geral, não caminham nessa direção. Costumam se deslocar para o testemunho de que são bem atendidos. Cabe ressaltar que a maioria dos familiares entrevistados possuía um bom nível de adesão. Alguns, inclusive, já eram usuários por dois anos no serviço. Provavelmente, se fossem incluídos aqueles mais resistentes, suas concepções poderiam se apresentar de forma distinta. Os depoimentos que seguem ilustram esse posicionamento:

Eu fui mais do que bem atendida (...) Eles [técnicos] foram maravilhosos comigo. (fam/OG 5)

Eu adoro a força que eu encontrei aqui (fam/ OG 4)

Acho que não precisa de mais nada (fam/ONG 3)

Eu indico esse serviço para outros usuários, para a escola da minha filha.

Muitas vezes o familiar não reconhece que precisa de ajuda, tratamento.

Tem medo de se expor. Tem preconceito (fam/OG 2)

Essas falas parecem indicar que, quando as famílias encontram um acolhimento institucional para os seus problemas, pela escuta e compromisso em ajudá-las na busca da solução, já é o suficiente. Basta que isso seja mantido. Mas, pode indicar também a dificuldade de formular pleitos para um nível de cidadania mais pleno, ou mesmo ocultar uma descrença em ver tais demandas alcançadas.

Diferente desses depoimentos, uma mãe reforça a necessidade de se ampliar o atendimento:

Que essas psicólogas tenham oportunidade de trabalhar mais aqui. (...)

Que elas tivessem mais uns dois dias de trabalhar para essas pessoas que precisam (fam/ONG 4)

Outros familiares que caminham para além do testemunho do bom atendimento expressam dois tipos de reivindicação. Um pai trouxe a idéia de que deveria haver um atendimento durante o dia todo, revelando a necessidade de ter um lugar para que sua filha pudesse ficar longe das situações de abuso. Duas mães expressaram que, paralelamente ao atendimento, deveria haver atividades voltadas para a formação profissional dos filhos.

Sustentabilidade institucional

A manutenção das equipes multiprofissionais, vinculada aos recursos financeiros existentes na instituição, é preocupação tanto para as unidades governamentais, subordinadas ao setor público, quanto para as ONGs, dependentes de várias fontes de recursos financeiros para sobreviver. O setor público federal, estadual ou municipal foi mencionado como fonte principal por duas ONGs, seguido pelas organizações internacionais que chegaram a cobrir 80% das despesas de uma instituição nos últimos anos. As doações são responsáveis por recursos esparsos. Uma ONG possui amplo respaldo financeiro quanto à logística e pagamento de profissionais por parte da instituição acadêmica que a acolhe.

Os serviços que funcionam como OG, em princípio, são referidos por desenvolver ações que tendem a ter continuidade, indicando uma certa sustentabilidade. A estabilidade funcional que os profissionais gozam é citada como um ponto de apoio para essa continuidade.

Essa sustentabilidade, denominada por alguns entrevistados como *sustentabilidade técnica*, pode ser relativizada a partir dos depoimentos. De fato, os serviços das OGs contam com uma lotação regular de profissionais para o atendimento. Entretanto, nem sempre em número suficiente para atender as suas demandas. Esse atendimento, em algumas OGs, se volta para usuários regularmente matriculados nos serviços de atendimentos médicos dessas instituições. Assim, se o número de profissionais já pode ser considerado insuficiente para uma demanda “interna”, no caso de atendimento das demandas espontâneas das comunidades a necessidade de pessoal seria bem maior. Por outro lado, nem sempre o profissional tem toda sua carga horária para o atendimento. Às vezes precisa atender em outros setores do serviço, dividindo sua carga horária semanal.

O fato de o serviço ter uma equipe “estável” também não assegura um suporte técnico que dê sustentabilidade ao atendimento. As instituições públicas costumam viver com orçamen-

tos “apertados” e, nesse cenário, a capacitação profissional nem sempre é uma das prioridades institucionais. Exceção registrada na OG 4, em que boa parte de sua equipe buscou qualificação em mestrados e doutorados. A fala de um técnico ilustra bem essa situação:

(...) a gente faz supervisão [psicológica] e a gente é quem paga essa supervisão (...) Nós fizemos projetos. Encaminhamos para a Secretaria de Saúde para poder pagar a supervisão, mas foi negado. Outra coisa que a gente está reivindicando, mandando até mesmo o pedido para a Câmara Legislativa (...) de assessoria jurídica (...) porque a gente fica muito desprotegida quando a gente vai depor (tec/OG 3)

No âmbito das ONGs, a coordenadora de um serviço ancorado numa universidade privada também destaca que o fato de contar com a lotação de profissional é uma sustentação para que as ações tenham continuidade. Destaca também que a universidade dá uma “alimentação científica”, permitindo um adensamento teórico que possibilita a pesquisa.

Todos os entrevistados, independentemente de serem de OG ou ONG, avaliam que não possuem sustentabilidade financeira para que possam assegurar a continuidade do atendimento. Essa lacuna se refere tanto à parte do provimento de materiais e equipamentos necessários, quanto à contratação de novos profissionais ou de serviços especializados.

No que se refere às ONGs, a maioria revela, como já mencionado, uma preocupação maior quanto à continuidade do atendimento por conta da insegurança de manter um suporte financeiro para a existência de suas ações. Destaca-se o fato preocupante de uma ONG que tem uma demanda significativa para ser atendida, porém, sem um local próprio para atender. Com poucas condições financeiras para contratar e manter o atendimento, pode não ter continuidade frente à sua frágil sustentação. Essa incerteza se ressalta na fala da coordenadora:

Então eu não sei como vai ser (...) você tem que viver hoje (...) eu não tenho garantia nenhuma [quanto ao futuro] (tec/ONG 5).

O futuro incerto para o atendimento não impede que as expectativas dos técnicos das ONGs revelem uma atitude positiva:

(...) todos os profissionais podem sair que o Programa vai continuar. Eu acho que a administração [da instituição à qual está vinculado] como um todo já tem esse compromisso (tec/OG 5)

Independente se o Programa acaba, se aquele convênio acaba. Ou a gente busca a reprovação e abre outro, ou então as pessoas são realocadas (...) para se manter [o atendimento] (tec/ONG 4)

As nossas expectativas aumentaram bastante porque nós pedimos ao secretário de Saúde, no ano passado, a descentralização do Programa e saiu no diário oficial. Está colocado que ia descentralizar (...) Nós fomos eleitos e nossos nomes saíram no diário oficial para poder, a gente estar implantando esse Programa (tec/OG 3)

[A ONG tem feito projetos e tem conseguido uma sustentação] A nossa construção política é fortíssima (...) é uma instituição que propõe (...) temos uma rede de amigos da casa que são pessoas que contribuem com R\$ 10,00 . (tec/ONG 1).

Esses depoimentos revelam, entre outros aspectos, os seguintes: a) princípios políticos que orientam as ações; b) compromisso por parte dos técnicos em dar continuidade ao atendimento; e c) busca de estratégias para a sobrevivência dos serviços.

De uma forma ou de outra, são vozes esperançosas quanto à continuidade das ações. Seja porque acreditam na resolução dos problemas, seja porque se sensibilizam pela necessidade de dar continuidade ao atendimento, ou seja ainda porque almejam a concretização de aspirações políticas. O fato é que a maioria dos técnicos entrevistados expressa uma expectativa positiva em termos do futuro de seus serviços.

Sucessos almejados e superação da violência familiar

Neste capítulo são abordados os resultados esperados do atendimento, caso tenha o sucesso almejado. Por parte dos profissionais, as respostas surgem à pergunta sobre quais seriam os indicadores de sucesso para um atendimento bem realizado; na voz dos pais, a resposta vem ao informarem quais as mudanças ocorridas na família no decorrer do tratamento, que apontam na direção da superação da situação de violência.

Discutir sobre os INDICADORES DE SUCESSO do atendimento foi um tema que mobilizou profundamente os *profissionais*. Esses sujeitos atribuem inúmeros sentidos acerca do que julgam ser um indicador de sucesso de atendimento. Tais sentidos não são excludentes. Ao contrário, quanto mais se reúnem num serviço mais atestam a sua qualidade. Assim, em uma mesma equipe ou em um mesmo depoimento de um profissional, almeja-se mais de um indicador para conferir qualidade ao atendimento.

A maioria dos entrevistados aponta em seus depoimentos indicadores de sucesso de resultados para avaliar o atendimento como bem-sucedido. Isso pode levar a uma reflexão: será que ao fixar indicadores de sucesso sem demarcar indicadores de processo concomitantes (etapas para se chegar a eles), os resultados não podem se tornar mais indefinidos ou mais inatingíveis?

Outra observação se refere à inclusão da família em quase todos os indicadores de atendimento bem-sucedido. Aparentemente esse destaque pode indicar uma contradição, uma vez que a maioria dos serviços não consegue efetivamente promover a inclusão de diferentes familiares em seus atendimentos. No entanto, este achado pode ser visto de uma outra maneira. Pode revelar que os entrevistados têm consciência de que devem ca-

minhar para essa inclusão porque acreditam que o atendimento só terá sucesso caso consiga abranger a família.

O tipo de indicador do atendimento bem-sucedido mais recorrente apontado pelos técnicos é aquele que se volta para a *mudança de papéis da criança*. Almejam que as crianças consigam alcançar mudanças de papéis na interação familiar e diante da relação de violência, além de (re)construir identidades. Em decorrência disso, consigam lidar tanto com o trauma quanto com situações futuras. Os técnicos, em geral, se recusam a limitar o resultado bem-sucedido apenas à interrupção da violência que originou o atendimento.

[Temos sucesso quando o menino] constrói essa nova identidade. Ele acredita no potencial dele (tec/ONG 2).

Caso bem-sucedido é aquele que a gente consegue modificações (...) quando a gente consegue que as crianças que foram vítimas lidem com esses traumas (...) saiam do papel de vítima e [consigam] se defender (...) [e aprendam a] exercer seus direitos (tec/ONG 5).

Esses depoimentos são exemplos daqueles que imprimem ao atendimento um cunho educativo-político, que se desloca do lugar da vitimização para o lugar do sujeito de direitos.

Outro indicador de sucesso do atendimento se refere à *mudança de sintomas observada no comportamento das crianças*. A exemplo disso, apresentam-se os seguintes depoimentos:

A criança estar sem alteração de comportamento, conseguindo viver a vida dela (...) na escola brinca com os colegas (...) não tem medo de sair na rua. Reverter os sintomas que ela (...) apresentava (tec/OG 4).

A criança está melhor [quando] ela está bem na escola, está bem na família (tec/OG 3).

Quando os sintomas que ela trouxe como queixa tiveram um progresso (tec/OG 2).

O sentido desse indicador, de uma certa forma, explicita um referencial do campo da clínica. Os profissionais aprendem a associar sinais e sintomas que revelam a presença e/ou os efeitos

da violência. Quando tais sinais e sintomas desaparecem, eles inferem que o atendimento - visto no sentido terapêutico - conseguiu uma “cura” e, portanto, foi bem-sucedido.

A mudança de conduta das famílias é outro indicador de sucesso do atendimento para as equipes de profissionais. Dos depoimentos que imprimem esse sentido, ressaltam-se os seguintes:

[Com o nosso atendimento esperamos] que esses cuidadores usem (...) uma nova conduta (tec/OG 5).

[Temos sucesso] quando a gente acha que a família realmente se tornou protetora (...) Esta família ganha um novo nível de consciência sobre o cotidiano, sobre as relações, sobre a relação com o mundo, com a sociedade, uma nova consciência, um novo nível, um novo espaço social (tec/OG 3).

Essas falas revelam que as equipes têm consciência de que só se consegue lidar com a violência familiar quando se consegue atuar com a família como um todo. Embora vivenciem limites em seu atendimento, fazendo com que, quando muito, se consiga atender apenas um responsável da criança, os profissionais fixam como indicador – que na realidade é muito mais uma meta – a mudança da família, no sentido de se abandonar uma conduta agressiva e/ou omissa para uma conduta de proteção à criança.

A interrupção da violência também foi apontada como uma maneira de sinalizar que o atendimento está tendo sucesso:

Um atendimento que revertesse o abuso. Não acontecer mais o abuso e que a criança não ficasse com a seqüela desse abuso (tec/OG 4).

Quando eles [meninos] não estão sendo espancados. Não aparecem mais marcados, quando as mães não batem com tanta facilidade como batiam (tec/ONG 5).

A interrupção da violência é fator que sinaliza que está legal para fazer esse desligamento [do atendimento] (tec/ONG 3).

Aparentemente esse indicador pode expressar um certo imediatismo no sentido de se trabalhar apenas até a violência

cessar. No entanto, indo para além dessas falas e levando em consideração o conjunto de onde são recortadas, observamos que a primeira preocupação dos profissionais que assim pensam é interromper a situação violenta para depois se trabalhar com o contexto da violência, visando transformá-lo. Nem sempre conseguem chegar a esse ponto, que muitas das vezes se torna cada vez mais distante. Entretanto, a ele não podem chegar sem que consigam interromper a violência.

Os indicadores relacionados às mudanças - de papéis da criança, de sintomas e de conduta das famílias -, de uma certa forma, são indicadores de resultado do atendimento bem-sucedido. Junto a eles, constatamos a presença de três outros indicadores de processo. Mesmo sendo menos recorrentes do que os primeiros, eles se traduzem em importantes sinalizadores de que o atendimento está transcorrendo bem.

Nesse sentido, há um processo bem-sucedido, quando se percebe: (a) mudança na comunicação pais-filhos e família-equipe de profissional, quando se observa que os pais conseguem conversar melhor com seus filhos e conseguem se abrir para um diálogo com os profissionais; (b) a participação dos pais no atendimento, se envolvendo e procurando o serviço de referência indicado pelo profissional; (c) a promoção e expressão de afetos por parte dos pais, conseguindo manifestar carinho e demonstrar afeição pelos filhos.

Por último, relatamos a presença de dois indicadores isolados, que, de uma certa maneira, estão para além do atendimento. Para que pudessem ser concretizados seria preciso a integração de diferentes instituições e/ou mudanças estruturais na sociedade em geral. Um deles, presente na fala de dois profissionais de regiões diferentes, diz respeito à condenação do autor da agressão, preconizando que o atendimento bem-sucedido é aquele que consegue fazer com que quem agride a criança seja punido. Já o segundo indicador - presente na fala de outro profissional - aponta que o ideal de atendimento bem-sucedido para certas famílias é aquele que resulta na melhoria da renda familiar, uma vez que nesses casos há uma forte associação entre pobreza e violência.

Em relação aos *familiares* entrevistados, inúmeras foram as mudanças relatadas a partir do atendimento prestado pelos serviços. São mudanças que dizem respeito ao modo do entrevistado tratar seus filhos e às relações familiares em geral.

Mudou muito porque agora eu entendo (...) e ela [a filha] já me entende, se abre comigo. Eu chamava de tanto nome (...) era puta, era tudo que não prestava eu chamava mesmo. Fora disso eu espancava ela. Para mim mudou muito (...) eu era muito explosiva. Mudou tudo porque eu tinha um amor pela minha filha, mas ao mesmo tempo tinha aquele ódio, aquela coisa, principalmente quando não tinha comida em casa (fam/ONG 2).

A conversa, a paciência e o afeto que conseguem ter com os filhos sinalizam para os pais que houve mudança após o atendimento:

Agora eu sei conversar, eu sei explicar, porque quando eles são chamados para depor, para fazer algum tratamento, eles entram em desespero. Então eu converso muito com eles porque a gente aprende também que uma simples palavra, uma pequena palavra, você acolhe ela de uma forma que você transforma em coisa muito grande (...) Eu não sabia conversar, não sabia o que dizer; ficava brava, começava a bater, xingar, botava de castigo, era aquela loucura (fam/OG 3).

Eu acho que eu aprendi a ser mais paciente, a cuidar mais (...) Mudou porque a gente começou a se entender melhor (fam/OG 4).

[Passei a ter] respeito por ela [filha], conversar mais (...) Mudou o lado afetivo. [Consigo] dialogar mais. Acho que mudou para melhor. [Os profissionais] me ajudaram (fam/OG 1).

O depoimento de uma mãe revela que o atendimento também consegue fazer com que uma família se reestruture no sentido de construir um ambiente não violento:

Eu sempre tratei as minhas filhas com carinho, eu amo elas (...) Eu estou fazendo tudo pra ela não ficar muito machucada (...) Quando eu soube disso, quando a doutora, quando a doutora realmente viu que foi isso [que a filha tinha sido abusada pelo pai], eu tratei de procurar um canto e tirar as minhas filhas de perto dele [marido] (fam/OG 5).

Há casos em que os pais preferem falar da mudança no comportamento dos filhos do que das suas próprias mudanças:

Eu noto a mudança nos meninos porque saiu aquela depressão, saiu aquele medo, saiu daquela insegurança (...). Se não fosse a eficiência aqui das psicólogas (...) não estariam no estado em que estão (fam/ONG 4).

Naturalmente, também há casos em que a mudança nem sempre é estável:

Mudou e ao mesmo tempo não mudou muito porque (...) tem horas que elas [filhas] dizem que estou estressada, que eu estou boa de tomar remédio (fam/ONG 1).

Junto a esses depoimentos sobre a percepção de mudança após o atendimento, também há um que atesta quase que o contrário, sinalizando a existência de críticas à atenção recebida. Percebemos, nessa fala, o *insight* desse familiar que compreende a importância de outros familiares terem acesso ao serviço:

Eu não percebi ainda nenhuma mudança. Acho que deveria ter mais apoio [por parte do serviço] A família toda tem que ser atendida (fam/OG 4).

Algumas falas revelam que o bom atendimento é o que é possível de ser feito, incorporando e ratificando as limitações enfrentadas pelos serviços. Outras imprimem um sentido que vai além do fato de terem conseguido o atendimento (acesso), indicando um padrão de qualidade. Outras, ainda, expressam que, mesmo não conseguindo as mudanças desejadas, acreditam que, pelo atendimento, conseguirão futuramente reverter a situação de maus-tratos.

São vozes que, em sua maioria, pedem socorro. Em meio às fragilidades, parecem acreditar que os serviços poderão ajudá-las a superar algo que sozinhas não conseguem fazê-lo.

A interação das famílias entrevistadas com outras famílias em atendimento no serviço mostrou nítida diferença entre ONG e OG. Nas unidades governamentais, há pouca ou nenhuma ativida-

de em que famílias são reunidas para fins terapêuticos, de troca de experiências ou de socialização. A resposta de que *"não tenho conversado com outras famílias"* foi quase unânime. O depoimento que segue é um exemplo de que o convívio com outras famílias é um potencial ainda a ser explorado:

Eu não converso (...) com pessoas que têm o mesmo problema, mas eu coloco (...) o meu problema para [que] outras pessoas (...) A pessoa às vezes fica desesperada. Entra em desespero e às vezes me procura para desabafar (fam/OG 3).

Ao contrário, nas ONGs, independentemente da região, há maior experiência de encontros entre famílias. Na percepção dos entrevistados, as outras famílias também avaliam positivamente o atendimento. A exemplo disso, destacam-se os seguintes depoimentos:

Teve uma palestra aqui e achei que também o pessoal está encantado com o trabalho deles [técnicos] (fam/ONG 1).

Elas [filhas] acham que aqui encontram o que não tinha antes [amizade] (fam/ONG 4).

Elas dizem para mim também [que] durante a vinda dos filhos delas para cá, a vida delas mudou (fam/ONG 2).

De um modo geral, os depoimentos dos familiares dão uma resposta positiva para as equipes de profissionais que lhes prestam o atendimento. Em alguns casos mostram que, mesmo os serviços que não têm um atendimento direto com os familiares, conseguem acolher de alguma forma a família. Podemos atestar que parte do que os profissionais apontam como indicador de um atendimento bem-sucedido é percebida como algo que vem efetivamente ocorrendo.



Discutindo o atendimento à luz de outras experiências

O presente capítulo aborda aspectos das experiências analisadas, examinando outras iniciativas nacionais e internacionais de atendimento que tenham a preocupação de incluir a família. Rejeitamos qualquer idéia de comparação, o que seria metodologicamente impossível, dado que a maioria das experiências referidas na literatura parte de outras realidades socioculturais e se vincula a distintos sistemas de defesa e promoção de direitos das crianças e adolescentes. Buscamos um diálogo das diferenças, capaz de abrir um debate sobre: possibilidades de outros modelos e estratégias de atendimento; formas de vinculação aos serviços, duração do atendimento e abandono dos tratamentos; avaliação de eficácia e reincidência; composição e capacitação das equipes; e articulação entre instituições. Tampouco este exercício é exaustivo o suficiente para dar conta das centenas de iniciativas conhecidas nos EUA e Europa e algumas da América Latina, por exemplo.

As distinções porventura existentes entre o atendimento aqui oferecido e o desenvolvimento da atenção em países do chamado “primeiro mundo” se devem, em parte, ao fato de que o enfrentamento da violência familiar contra a criança/adolescente no Brasil se iniciou bem mais tardiamente. Apenas no final da década de 80 começaram a surgir serviços e a ocorrer elaboração teórica mais sistematizada sobre o tema, enquanto nos Estados Unidos isso aconteceu em meados dos anos 70, já enfocando a família e a prevenção aos casos de maus-tratos contra crianças/adolescentes.

Os avanços e retrocessos da prevenção aos maus-tratos obtidos nos EUA, desde então, estão relatados por Daro & Donnelly (2002). São identificadas três ondas de prevenção. A primeira, na década de 70, estabeleceu o conceito de prevenção. As famí-

lias já eram consideradas o *locus* da prevenção e foram estimuladas visitas domiciliares a famílias sob risco, educação parental, grupos de pais e grupos voltados para os momentos de crise familiar. Menos de 10% da população conhecia o problema dos maus-tratos contra a criança/adolescente. Foram feitas divulgações em massa na mídia, ocorrendo um aumento de 1000% nas notificações nos anos seguintes, bem como o conhecimento do problema por 90% da população do país, que passou a discernir os tipos e as causas dessa forma de violência. A visão predominante sobre prevenção de maus-tratos era otimista e centrada na díade pais e filhos. Muitas críticas a esse enfoque foram feitas, recolocando a comunidade e a sociedade mais ampliada como potencialmente envolvidas na produção das causas e na prevenção do problema.

A segunda fase de prevenção, ocorrida na década de 80, é de continuidade. Houve uma grande diversidade de serviços de prevenção e o desenvolvimento de estratégias comunitárias mais coordenadas para dar suporte às famílias e proteger as crianças/adolescentes. Os programas se espalharam pelos EUA e cada estado tinha uma iniciativa diferente, todos coexistiam sem avaliação de suas ações e com pouco grau de integração. Esses programas tinham grande preocupação com o ambiente familiar, promovendo: aumento do conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento da criança/adolescente; demandas por "parentagem", administração da casa e do cuidado da criança/adolescente; estímulo aos laços emocionais e à comunicação dos pais com os filhos; aumento da habilidade dos pais em lidar com os estresses da criança/adolescente e da criação; cuidado de crianças/adolescentes com necessidades especiais; suporte familiar e redução do isolamento da família; melhor acesso aos serviços de saúde e sociais, incluindo tratamento para usuários de drogas; aumento do acesso aos empregos, casas adequadas e vizinhanças seguras; e, ainda, redução das conseqüências em longo prazo da má "parentagem".

A terceira onda de prevenção, nos EUA, se iniciou na década de 90 e prossegue até hoje, caracterizada pela proposta de se efetuar um sistema de prevenção que se inicia na gravidez e

acompanha a criança/adolescente em sua formação. Tem melhor orientação teórica, operando em um contexto de teorias claramente articuladas com mudanças. As visitas domiciliares são o cerne das medidas preventivas, pois oferecem serviços mais diretos e personalizados para as famílias com problemas (especialmente para aquelas incapazes de chegarem aos serviços de atenção). Também se aproxima mais dos valores culturais e necessidades de cada núcleo familiar. Os resultados das variadas pesquisas de avaliação têm mostrado que, quando as visitas são feitas por pessoas bem treinadas e bem supervisionadas, há redução do abuso contra crianças/adolescentes na família, interações mais positivas entre pais e filhos, além de maior probabilidade da família se aproximar de outras instituições, reduzindo o seu isolamento. Há menos competição entre o atendimento prestado por diferentes serviços, que têm aprendido a conjugar esforços de vários setores.

A história do enfrentamento da violência familiar no Brasil mescla um pouco dessas três “ondas”. A fase do estabelecimento do conceito já teve início, mas ainda se faz presente no país, face à dimensão continental e à diversidade de conhecimentos nos diferentes grupos culturais. A proliferação dos serviços já se iniciou, mas ainda há muitíssimo a ser realizado, especialmente no que se refere à integração dos mesmos, configurando uma rede social forte e atuante. A priorização de um contato mais aproximado da família ainda é um ideal, reconhecido pelos serviços e demandado pela população, embora alguns passos já tenham sido dados.

Em relação às estratégias de atendimento empregadas pelos serviços brasileiros visitados, notamos bastante similaridade com os serviços descritos na literatura. Dentre as várias distinções assinaladas ao longo do texto, destacamos uma, por sua relevância: a recorrência do atendimento domiciliar e comunitário nos serviços internacionais, abordagem ainda muito incipiente no país. Como se poderá verificar, diversas são as vantagens dessa estratégia, mas sobretudo, a de poder envolver um maior número de familiares e a de conhecer o cotidiano da família, provendo uma intervenção mais sistêmica.

Modelos e estratégias de atendimento

Embora muitos modelos de atendimento sejam divulgados por países com maior grau de desenvolvimento econômico, especialmente os Estados Unidos, o conhecimento sobre a real eficácia das estratégias ainda é insuficiente. Todavia, vale apontar um importante estudo de avaliação realizado pelo governo norte-americano sobre prevenção a crimes, que dedica um capítulo a analisar os programas de prevenção à violência que têm como enfoque a família (Scherman, 1996). Mostraram relevância para a interrupção da violência familiar e para a redução da transgressão entre os jovens aqueles programas que fizeram visita domiciliar precoce (nos primeiros anos de vida da criança) em conjunto com programas pré-escolares. Também apresentaram resultados positivos programas voltados para treinamento de pais (melhorando as habilidades parentais e a comunicação na família), terapia familiar e preservação de famílias em situações de maior gravidade (Scherman, 1996; Nuttal, 1998; Krug et al., 2002)

Nos anos 90, observamos o crescimento de uma perspectiva de trabalho reconhecida como "*Empowerment Intervention*", que, numa tradução aproximada, seria a de intervenção para fortalecer e reconhecer o poder das famílias, também chamadas de ações para o "empoderamento". São iniciativas que buscam apoiar a família em seu poder, em suas capacidades e em sua auto-estima, para assim resgatar, ou mesmo construir, seu papel de protetora e cuidadora. Como observado, essa diretriz de atuação também se verificou em boa parte dos serviços analisados na pesquisa, ainda que nem sempre conduzindo a totalidade das ações realizadas.

O primeiro modelo analisado é denominado "*FAMILY EMPOWERMENT INTERVENTION*" - FEI. Estudiosos como Cervenka et al (1996) descrevem a iniciativa FEI e e Dembo et al. (1999) relatam um projeto deste programa, o *Youth Support Project*.

Esse modelo de Intervenção é feito com jovens que deram entrada na Justiça Juvenil da Flórida/EUA, por cometerem infrações, e suas famílias. Voltado para adolescentes em conflito com a lei, traz aspectos importantes para a ação em famílias envolvi-

das em violência familiar. É uma intervenção intensiva baseada na linha sistêmica, efetuada sobre a família e realizada no domicílio dos jovens. Um consultor de campo se encontra com a família por uma hora, no mínimo 3 vezes por semana, durante aproximadamente 10 semanas. Todos os membros da família que vivem sob o mesmo teto que o jovem infrator fazem parte dos encontros. Após esse período de contato intensivo, a comunicação permanece através de contato telefônico com os pais, durante 4 anos, visando monitorar o funcionamento familiar e o nível de estresse.

Toda a intervenção é baseada na retaguarda de serviços de apoio, que são acessados pela instituição, de acordo com a prioridade demonstrada por cada família (usados para ajudar a família a se conectar com seus próprios recursos). Trabalha com suporte e “empoderamento” da família em seu ambiente natural, e não com suas fraquezas. O Programa assume que os pais têm capacidade para identificar o que é melhor para a família, buscando respeitar e apoiar os valores do sistema familiar.

As metas que os serviços desenham para “empoderamento” da família são: reestruturar limites; restaurar a hierarquia familiar; estimular habilidades parentais mais efetivas; restaurar a organização pela adoção de limites (o que é aceitável e o que não é), estabelecendo regras e delegando tarefas apropriadas para a idade, acordadas entre todos os membros da família; dar suporte aos pais para tomarem a responsabilidade do bem-estar da criança/adolescente; aumentar habilidades para comunicação entre os membros; desenvolver habilidade em resolver problemas.

Também são postuladas metas para a família, desenvolvendo sua auto-estima e a capacidade da criança/adolescente. Defendem que a criança/adolescente com dificuldades/conflitos com a lei deve ser ouvida e aceita e não ser identificada como um problema. A família precisa: dar uma “trégua” ao comportamento antigo, oferecendo a possibilidade de um novo começo; criar um ambiente de segurança, onde temas como drogas, dificuldades entre pares, problemas na escola e outros possam ser discutidos livremente, sem conseqüências penosas. A criança/adolescente necessita ser retirada do lugar de “poder” (posição freqüentemente ocupada por infra-

tores que possuem recursos, autonomia no mundo infracional e/ou liderança na família) e colocada como um igual entre os irmãos, sendo porém, reconhecida como uma pessoa única e especial.

O Programa FEI estabelece quatro fases da atenção. A primeira fase é a de coleta de dados, que se inicia no primeiro encontro, momento crítico para o resultado da intervenção. É comum que muitas famílias tenham sido tratadas de forma desrespeitosa por outras instituições, chegando ao serviço desconfiadas ou resistentes. Vale lembrar que este também foi um problema mencionado pelos serviços nacionais aqui pesquisados. Técnicas e metas preconizadas para a intervenção são:

- Criar atmosfera de respeito mútuo, que inclui estar adequadamente vestido, ser profissional, ter postura amistosa e ser pontual. Também inclui discussão de como a intervenção beneficiará a família inteira, o nível de participação que a família precisa ter e as questões ou barreiras que podem interferir com o envolvimento familiar e a intervenção;
- Conectar-se ao sistema familiar, se acomodando à personalidade e estilo dos seus membros. Isso aumenta a confiança e a relação com o sistema terapêutico;
- Permanecer sempre “antenado”, “focado” e orientado para a ação. Isso aumenta a habilidade de solucionar problemas à medida que são imediatamente detectados e enfrentados;
- Assistir a família em definir e clarificar o problema, reconhecendo que a família tem seus próprios valores que podem ser respeitados e apoiados;
- Estar ciente das diferenças culturais e se sentir confortável com os temas que a família trazer para discussão;
- Observar e documentar as configurações familiares, para fundamentar novas formas de reestruturação dos subsistemas familiares;
- Observar os padrões de comunicação e seqüências de comportamento, que podem ser usados para clarear a definição de limites;
- Propor “deveres de casa” ou tarefas depois de cada encontro, para garantir a participação ativa de todos os membros

da família (por exemplo, designar crianças/adolescentes para fazer tarefas específicas em casa);

- Determinar quais outros recursos/serviços sociais a família necessita para assisti-la;
- Preparar um documento escrito que determine a hipótese e o plano de ação.

A fase intermediária reforça esses pontos, procurando apontar o que está mudando e o que não está. O número de contatos com a família é reduzido. A fase seguinte (terceira fase) é a encaminhamento para a conclusão, duas semanas antes da graduação, momento em que se finaliza o atendimento. Nesse encontro, que lembra o momento da graduação acadêmica, é feita uma checagem sobre alguns pontos cruciais, como hierarquia, limites, “empoderamento”, problemas, comunicação, regras/tarefas e conexão com outros sistemas sociais. Nessa quarta fase, é comum ocorrerem novamente comportamentos disfuncionais como os apresentados antes do tratamento, que o consultor deve estar apto a lidar, já que há incerteza quanto ao funcionamento familiar sem a presença do consultor.

A questão do “empoderamento” também está presente nas diretrizes da experiência denominada “*INTENSIVE FAMILY PRESERVATION SERVICES*” que já traz estampado em seu nome as suas orientações de trabalho (Staudt et al, 2001): proteger as crianças/adolescentes; manter e estreitar os vínculos familiares; estabilizar a situação de crise; aumentar as competências e habilidades familiares; facilitar à família o uso da variedade de suporte formal e informal disponível. Neste programa, as famílias em situação de crise são atendidas durante quatro a seis semanas por conselheiros (terapeutas de formações diversas, tais como psicólogos, assistentes sociais, sociólogos, entre outros) e em seguida é traçado um plano de continuidade de atendimento a ser realizado por outros serviços da rede.

Outro modelo estudado foi o *RECOVERY FOR CHILDREN AND PARENTS* (Grosz et. Al., 2000), realizado em um centro que atende crianças/adolescentes vítimas de abuso sexual, visando prover intervenção individual e grupal e em momentos de crises das famílias. Caso necessário, elas também são referidas para outras

instituições. Todos os membros da família são incorporados ao programa, que os atende individualmente ou em grupos. O início da abordagem é mobilizado com frases do tipo: "*como vocês gostariam que nós os ajudássemos?; o que vocês discutiram sobre vir aqui hoje?*" O itinerário terapêutico é traçado em conjunto com pais, crianças/adolescentes, irmãos e avós.

A experiência indica que um importante fator na recuperação das crianças/adolescentes vitimizadas é a capacidade dos pais em resolver suas próprias angústias, para então poder dar suporte à criança/adolescente.

Algumas metas estabelecidas para o tratamento das crianças/adolescentes em grupo são: estimular o "*coping*" (melhorar a forma de lidar com os problemas); facilitar a expressão dos sentimentos, questões, medos; ensinar resolução de problemas e habilidades de prevenção. Nesses grupos são utilizados recursos lúdicos e discutidos temas como responsabilidade dos pais e da criança/adolescente no comportamento individual e relacional.

Fazem também grupos com membros da mesma família. Os grupos de suporte aos pais debatem: respondendo à criança/adolescente vítima e aos irmãos; entendendo os sentimentos de angústia dos pais; interagindo com os sistemas legais; lidando com amigos, parentes, pessoas da escola e vizinhança. É importante que os pais percebam que a recuperação da família vai além do processo judicial ser bem ou mal resolvido. Trabalham com o fato de que os pais se sentem sem poder quando não são informados das decisões, atrasos ou não andamento dos processos judiciais.

Um outro modelo observado em um serviço mais antigo é o de um serviço londrino denominado "*Brent Family Service Unit*", que funciona essencialmente com profissionais de serviço social (Cooke, 1982). É oferecido apoio: a toda a família em conjunto; a relações particularmente difíceis entre um dos pais e determinado filho; ao relacionamento dos pais com os filhos, quando aprendem a atuar em conjunto (atividade feita em grupos com pais e filhos); aos pais (grupos de pais); à criança/adolescente (em grupos ou individualmente). Todos os profissionais têm contatos

consistentes e freqüentes com as famílias, no serviço ou na residência da mesma. Muitas famílias compartilham dois ou mais profissionais, seja em forma de supervisão ou profissionais trabalhando em paralelo com as famílias.

O serviço possui estrutura física que acolhe as pessoas. Não há formalidade e burocracia, levando a uma imediata resposta aos problemas. São feitos contratos com indivíduos, famílias e grupos, assim como o *staff* com a supervisão (regras e condições acordadas auxiliam as famílias com dificuldades organizativas a se estruturarem). Os membros familiares devem elaborar metas realísticas com os profissionais, ser responsáveis pelo processo de mudança e compartilhar as decisões feitas sobre suas vidas.

Esse serviço tem como prioridade a necessidade de reforçar, construir, encorajar a pessoa a gradualmente recuperar seu autovalor e auto-respeito. Isso é feito alcançando metas possíveis, mesmo que limitadas. O trabalho ajuda a pessoa a decidir o que quer mudar agora e no futuro. Incurções a um passado sofrido são feitas com muito cuidado.

Os profissionais ajudam a família a resolver problemas concretos. Por exemplo, uma família tem conflitos constantes no início da manhã, com freqüente falta do filho à escola. A equipe filmou a rotina de duas manhãs e depois trabalhou com a família formas de estabelecer um cotidiano mais saudável. Família e profissional fizeram uma lista das mudanças necessárias, que satisfizessem os integrantes da família e acabassem com os momentos conturbados. Outro exemplo é o de uma família em que mãe e filha tinham muito atrito. Ambas concordaram em colocar, em seus quartos, um cartaz com desenhos indicando as dificuldades da outra, fazendo-as refletir antes de agirem agressivamente.

Quando a família não é trabalhada em conjunto, vários subconjuntos são formados. Os recursos lúdicos são extremamente importantes e utilizados, e brincadeiras são formuladas para unir pais e filhos. A definição conjunta de tarefas para a semana também é proposta, visando estimular a resolução de problemas. Uma "caixa de raiva" foi criada em outra família, onde as pessoas

tiravam mensagens quando estavam muito tensas, vendo possibilidades que elas próprias tinham definido para se ajudar em momentos violentos.

Como resultado do atendimento, os pais passam a ter expectativas mais realistas de seus filhos; deixam de sentir ciúmes quando só eles têm atenção dos serviços; estabelecem a definição de papéis, limites, disciplina e assumem mais a responsabilidade por si mesmos. Também houve redução do estresse na família, menor demanda de outras instituições e maior habilidade de lidar com dificuldades. Diminuíram também as lesões físicas entre os membros das famílias envolvidas e pais e filhos passaram a se envolver mais em atividades lúdicas e prazerosas.

Outro serviço existente é o "*FAMILY VIOLENCE PREVENTION SERVICES*" (<http://www.serve.com/fvps/>), localizado na Carolina do Norte/EUA. Promove tratamento e prevenção para famílias que vivenciam situação de violência. Faz acompanhamento de grupos separados de homens, mulheres e crianças/adolescentes durante 21 semanas. A intervenção enfatiza o poder de escolha, as consequências e a responsabilidade.

É uma alternativa efetiva de programa para evitar que a família cumpra sentença. A cada ano, menos de 5% de clientes que receberam penas nas cortes de Justiça e que completaram o programa retornam à corte que lida com a violência familiar. O programa também tem ajudado a reduzir a superlotação nas prisões e a manter homens e mulheres nos lares, no trabalho e no grupo familiar enquanto recebem a ajuda de que necessitam.

Fazem intervenção junto à vítima; comunicação à corte de Justiça; terapia em grupo para homens e para mulheres; terapia em grupo para crianças/adolescentes; terapia para casais; projetos de prevenção à violência nas escolas; serviços de informação e referência por telefone; informação e educação para comunidades. Os grupos são separados para as terapias que acontecem semanalmente: às tardes para famílias e aos sábados pela manhã para homens. Os objetivos desses grupos são os seguintes:

-
- Terapia em grupo para homens/mulheres – parar a agressão que existe na relação entre homens e mulheres. A terapia tem formato de discussão, explorando o uso da agressão pelos homens e propondo uma alternativa não agressiva para solução dos problemas. As responsabilidades sobre as ações e as conseqüências das escolhas são enfatizadas.
 - Grupo de crianças/adolescentes – prover um cuidado, acolhimento e envolvimento em brincadeiras onde a criança/adolescente pode aprender a se expressar e entender melhor suas emoções e sentimentos. Os membros do *staff* encorajam a expressão com jogos e contando estórias.
 - Terapia de casal – aumentar a probabilidade de escolha dos casais para permanecer juntos, sem o uso da agressão. Este grupo é aberto a casais e famílias que obtiveram sucesso, em atividades separadas, no componente do programa para prevenção da violência familiar.
 - Projetos de prevenção da violência nas escolas ensinam aos estudantes soluções não violentas para os problemas de relacionamento. No nível elementar se inclui o tema no currículo escolar; no nível secundário utilizam-se conselheiros líderes em discussão de grupos.

A análise da atuação desses serviços traz importantes reflexões para a realidade nacional. Neles, a abordagem de toda família com histórias de violência é a marca principal, com atividade paralela e intensiva face aos diferentes personagens da trama violenta. A concepção de atendimento familiar efetivamente se cristaliza e a meta de prevenção secundária e terciária é efetivamente aplicada. Há serviços que incorporam também os irmãos, concebendo que eles são elos importantes a serem trabalhados e modificados pela atuação, além de fontes potenciais para a transformação familiar. Em vários desses serviços, os pais autores de agressões também são atendidos. Um deles, inclusive, utiliza a atenção oferecida como alternativa ao aprisionamento.

Pouco se pode falar no Brasil sobre *ATENIMENTO AO FAMILIAR AGRESSOR*. Vale destacar a experiência de um serviço localizado na Região Sudeste (não incluído em nossa amostra de estu-

do). Por rigor ético seu nome não será citado, a fim de evitar comparar ou priorizar um serviço em detrimento de outros. O serviço visitado efetua atendimento inicial após o atendimento emergencial do profissional de saúde, educação ou segurança. Realiza atendimento psicanalítico individual para crianças, adolescentes e autores da agressão.

Na maioria das vezes o familiar-agressor chega encaminhado pela Justiça, o que demanda da equipe um tempo preliminar para que a pessoa desconstrua essa relação do serviço com o campo jurídico. O atendimento só ocorre quando há adesão voluntária do sujeito (princípio básico da terapia psicanalítica). A experiência da equipe aponta formas diferenciadas de adesão: aqueles que abandonam; os que continuam por acreditar que a permanência pode ajudá-lo no processo jurídico; e ainda aqueles que se engajam completamente. Contudo, o abandono, tanto da criança/adolescente quanto dos agressores, é elevado. O atendimento individual às mães é também um espaço que abre possibilidades para que elas coloquem suas fantasias, seus medos, elaborando seus problemas. Passam a possuir um espaço para falar sem a presença dos familiares.

Notamos que nos serviços internacionais o atendimento domiciliar é uma estratégia muito mais comum do que o que é relatado nas experiências analisadas no Brasil. Há serviços que atuam apenas na residência da família. A maioria, entretanto, conjuga os atendimentos no serviço com a ida à casa, utilizando o espaço doméstico de forma muito criativa. Os profissionais que visitam compartilham momentos, aprendem a melhor forma de tratar um problema sem ferir (ou ferindo pouco) a cultura familiar, desenvolvem a habilidade de resolução de problemas, usando as atitudes inadequadas observadas como ponto de transformação. Para tanto, precisam ter um respeito profundo pelos membros da família e da capacidade/conhecimento que cada um deles possui. Nos textos analisados, há um cuidado muito grande com a postura do profissional na residência, para que ele não reproduza, com suas ações, a postura autoritária com que a sociedade costuma tratar as famílias, por ela rotuladas como “problemáticas”.

Serviços que trazem novas sugestões para abordagem preventiva

Estes serviços se distinguem dos demais por proporem iniciativas que atendem prioritariamente a famílias em geral e àquelas com elevado grau de vulnerabilidade, visando assim trabalhar na prevenção primária e secundária. Atingem crianças/adolescentes na comunidade (incluindo as vítimas de maus-tratos ou potencialmente vítimas) que possuem uma família com dificuldade de prestar-lhes um cuidado eficiente, impedindo-as de terem um pleno crescimento e desenvolvimento. Esses serviços colocam os pais em posição privilegiada, tanto para receber o atendimento como para dar andamento às ações neles desenvolvidas.

Trazendo novas sugestões para as estratégias de abordagem na linha da prevenção, o "*FAMILY WALK-IN CENTRE*" está baseado em ação comunitária voltada para famílias mais vulneráveis, seja pelo isolamento, por praticarem maus-tratos, pela dificuldade de lidarem com a resolução de problemas ou por estarem passando por circunstâncias estressoras, tais como gravidez, nascimento de bebê, separação conjugal, entrada de criança na pré-escola, hospitalização, entre outros. As estratégias empregadas são os grupos de auto-ajuda (composto por pais), os grupos terapêuticos (de pais, de crianças/adolescentes) e a terapia domiciliar (Pillai et al, 1982). A participação nos grupos permite romper com o isolamento, sentir-se apoiado, ter um espaço para conversar com pessoas que passam por situações semelhantes. Essa estratégia de atendimento foi capaz de reduzir a incidência de casos de maus-tratos na comunidade e de envolver, espontaneamente, os familiares por vários meses.

Como já observado, nos serviços brasileiros pesquisados, há pouca experiência na inclusão de um modelo em que os próprios pais, devidamente acompanhados, são os protagonistas do atendimento. Contudo, algumas iniciativas nesse sentido começam a surgir no país, a exemplo das "escolas de pais", criadas por organizações não-governamentais e governamentais.

Outra experiência próxima é a do *CENTRO DE PROTEÇÃO À CRIANÇA/ ADOLESCENTE DE LÜBECK* (Thyen & Thiessen, 1995),

que, em vez de identificar famílias que necessitam de suporte extra, abrem o serviço a todas as famílias da comunidade, por um período breve (a maioria até dez contatos). Essa aproximação “empodera” famílias, fortalece a habilidade de identificar riscos, permite prever tempos de crise e procurar ajuda apropriada.

O Centro não tem obrigação formal de reportar casos aos serviços sociais, escritório do bem-estar da juventude ou à polícia. Ele fornece uma oportunidade de trabalho com famílias de forma voluntária e previne intervenções coercitivas. As exceções são as situações de ameaça à vida ou maus-tratos contínuos e a não mudança de conduta de famílias com falta de motivação e cooperação.

Inclui terapia de família; intervenção em crise; visitas domiciliares; psicoterapia individual para crianças e adolescentes; terapia de grupo; aconselhamento individual para abusadores sexuais; aconselhamento de pessoas que relataram casos de maus-tratos infantis ao Centro; coordenação de suporte e esforços terapêuticos; formação de rede com outras instituições; educação e supervisão.

Os voluntários que relataram casos de maus-tratos (parentes, vizinhos, amigos) são aconselhados sobre suas preocupações e encorajados a oferecer ajuda à família relatada. Isso inclui falar à família sobre o Centro e encorajá-la a visitá-lo. Somente quando essa aproximação falha, é que o Centro entra em contato com a família e oferece seus serviços.

Um programa brasileiro com enfoque de prevenção primária e promoção da saúde que poderá, num futuro próximo, ser essencial para melhorar o atendimento à vítimas de violência familiar é o Programa de Saúde da Família – PSF, criado em 1993 pelo Ministério da Saúde, e de abrangência nacional. É um exemplo de experiência adotada no Brasil que atua com famílias num *enfoque comunitário*. Tem como características essenciais o fato de a família, e não o indivíduo, constituir a referência para as práticas de saúde; a visão da intervenção ativa e preventiva; e a integração com a comunidade. As principais atividades do programa são: diagnóstico de saúde da comunidade, visita domiciliar, internação domiciliar, participação em grupos comuni-

tários, atendimento nas unidades e estabelecimentos de referência e contra-referência.

Contudo, embora a equipe (principalmente médicos, enfermeiros e agentes comunitários) esteja em contato muito próximo com as famílias, há dificuldades para lidar com a questão da violência familiar contra a criança/adolescente (Cavalcanti, 2002). Ressaltamos o potencial que o PSF tem, embora ainda não tenha assumido as ações sobre a violência familiar como uma de suas prioridades.

Uma proposta de mudança de paradigma

Em 1983 foi publicada nos Estados Unidos uma desafiante proposta, visando retirar o foco da criança/adolescente vítima de maus-tratos e passá-lo para a família, especialmente os pais, vítimas e agentes da violência, que não possuem adequada capacidade de proteção e cuidado e, portanto, merecem ser cuidados e protegidos (Gabinet, 1983). O foco também se desloca das famílias em que a violência está explícita e se volta para a totalidade das famílias. Esses modelos, propostos há cerca de 20 anos, ainda não fazem parte do sistema de atenção hoje oferecido. As críticas então feitas aos modelos referiam-se ao fato de que eram idealistas e de alto custo. Como se poderá perceber, algumas idéias propostas no artigo de Gabinet (1983) permanecem em pauta nos EUA, mostrando que a discussão sobre um atendimento mais voltado para prover suporte e acolhida vingou.

Gabinet (1983) pensa em intervenção e não em tratamento. Propõe um grupo de serviços desenhados para prover elementos para uma boa “parentagem”, possibilitando aos pais manterem suas famílias intactas e à criança/adolescente um meio construtivo, nutridor.

Lança a idéia da “paternidade/maternidade compartilhada”, em que os serviços buscariam compensar a inadequação parental e, ao mesmo tempo, prevenir que o abuso de crianças/adolescentes seja o resultado dessas inadequações. Pensa um método em que a criança/adolescente possa continuar a viver com seus pais,

estando, simultaneamente, prevenida de sofrer as conseqüências da inadequação na família. Reconhece que as crianças/adolescentes não podem ser totalmente compensadas das inadequações de seus pais biológicos, mas acredita que com suporte podem ser capazes de aceitar a “parentagem” suplementar de outros.

Esses serviços buscam reduzir o isolamento da família, propiciar aos pais um tempo sem a responsabilidade da criança/adolescente, podendo prover alívio temporário da crise e a possibilidade de resolver os problemas que os estressam (procura de emprego, cuidar de outros filhos, por exemplo). Gabinet ilustra introduzindo suas idéias em alguns modelos existentes nos EUA:

- Centro de cuidados diários: a exemplo das creches brasileiras, esses centros provêem cuidados diários às crianças quando os pais estão trabalhando. A proposta é que esses serviços incluam em seu escopo de atendimento todos os membros familiares, reduzindo o isolamento social, aumentando a socialização, dando tempo de lazer a pais e filhos, visando proporcionar atividades terapêuticas e educacionais para a família. Pais que já participaram do programa podem ser treinados para colaborar.

- Profissionais atuando com enfoque na visita domiciliar, estabelecendo uma relação próxima com os membros da família, provendo terapia de suporte na casa e auxiliando a família a contatar outras instituições. Indicado quando as famílias são muito isoladas, tentando depois trazê-las para os Centros, citados no item anterior.

- Casas onde as crianças e os pais com problemas mentais recebem suporte e supervisão em parte do dia. Esses pais com problemas cognitivos podem ser beneficiados, se ajudados a compreenderem a responsabilidade da paternidade e a dividirem a tomada de algumas decisões, freqüentemente além de suas capacidades. Esse tipo de instituição ajuda a criança a se manter próxima ao núcleo biológico, atestando que possui condições adequadas para seu crescimento e desenvolvimento.

- Instituições de internação para crianças/adolescentes retiradas de seus lares. Nesses serviços o *staff* se vê como compartilhando a paternidade, pelo cuidado com o bem-estar da criança/adolescente, e não como um mero profissional. São geralmente

unidades menores, para que os profissionais possam manter um vínculo íntimo com a criança/adolescente, aproximando-se de um ambiente familiar. Os pais biológicos devem ser fortemente encorajados e demandados a virem visitar seus filhos com frequência.

O autor ainda lembra que a colocação da criança/adolescente em outras famílias e o encaminhamento para os serviços de apoio podem ser pensados sob a ótica de cuidado integral à família biológica de origem. Em qualquer circunstância, a unidade familiar deve ser cuidada pelos serviços.

Uma iniciativa brasileira que se preocupa com situações em que a família de origem não é capaz de suprir o cuidado à criança/adolescente vítima de violência é representada pelos programas que promovem a **INSERÇÃO DAS CRIANÇAS EM FAMÍLIAS ACO-LHEDORAS/GUARDIÃS**. Em geral, esses programas visam: implementar ações de orientação e intervenção técnica junto às famílias de origem da criança/adolescente; desenvolver com a família substituta/acolhedora o acompanhamento técnico durante o processo de acolhimento temporário; reintegrar as crianças/adolescentes às famílias de origem.

Nesses modelos os casos costumam ser acompanhados na própria família ou colocados em família acolhedora, dependendo da necessidade. Quando necessário, oferecem apoio financeiro mediante concessão de bolsa alimentação e/ou dinheiro. São propostas visitas domiciliares, reuniões socioeducativas, grupos temáticos com famílias de origem e acolhedora, oficinas e cursos profissionalizantes. A equipe usualmente é composta por psicólogos e assistentes sociais e recebe casos dos Conselhos Tutelares. A rede de atuação também inclui o Ministério Público.

A importância do vínculo “família - profissional”

A criação do vínculo com a família é tema abordado por muitos trabalhos internacionais, sendo ponto fundamental para garantir a aderência ao atendimento e reduzir o seu abandono. O texto de Dembo et al (1999) relatando as estratégias para envolver famílias de alto risco social (com familiares portadores de do-

enças mentais, com adolescentes dependentes e com jovens infratores) é um desses exemplos.

Os autores, a partir de revisão bibliográfica, mencionam que os fatores mais constantemente associados à não utilização de serviços de saúde são: pertencer a minorias étnicas; possuir renda familiar muito baixa; a mãe estar empregada, não dispondo de tempo; a mulher ser o chefe da família; a mãe ter baixa escolaridade; ser mãe adolescente; e a família ser muito numerosa. Em contrapartida, fatores que propiciam adesão ao atendimento clínico são: ter contato fixo com o profissional de referência e ter incluído os pais e outros membros da família na entrevista inicial e no atendimento.

Dembo e colaboradores comentam que para estabelecer vínculo é preciso que os membros da família envolvida concordem em participar e que o sucesso desse processo baseia-se na confiança estabelecida com o profissional e a clara explanação à família sobre quais são os potenciais benefícios em participar da intervenção. Citam a experiência do *"YOUTH SUPPORT PROJECT"* na criação de vínculos com as famílias. Comentam que, quando a família está em crise, fica menos resistente à ajuda, e esse momento deve ser aproveitado, mostrando à família os benefícios potenciais desse trabalho para cada familiar. Assim, como revelam os dados dos dez serviços nacionais analisados, a flexibilidade para marcar horários das entrevistas foi apontada como fator positivo para aumentar a adesão. Ratificando a experiência mencionada pelos familiares entrevistados nos serviços brasileiros, muitos membros desse grupo disseram que são tratados grosseiramente por outras agências de proteção, o que gera resistência. Torna-se necessário, a partir daí, abrir uma escuta para os "desabafos" e críticas dos familiares para que a vinculação seja mais efetiva. Consideram que ouvir as opiniões da família com respeito é fundamental. Muito oportunamente, os autores comentam que o vínculo é essencial no início do contato, mas que este continua sendo construído ao longo de todo o processo de atendimento.

Outra forma de evitar o abandono do atendimento é relatada por Dore (1996), ao apresentar a experiência de serviços de pre-

servação familiar que são crescentemente empregados para diminuir a colocação da criança/adolescente em instituições. O artigo discute as estratégias de aumentar a aliança estabelecida entre família e equipe, desde a abordagem inicial. Existe evidência substancial que a aliança terapêutica que se forma entre cliente e profissional está diretamente relacionada a resultados terapêuticos positivos. Conseqüentemente, compreender como influenciar o processo de formação dessa aliança é um importante fato para aumentar a eficiência terapêutica. Empatia do paciente com o terapeuta e a sensação de ser compreendido são considerados pontos principais para o estabelecimento dessa aliança.

Existem propostas para a melhoria da aliança entre clínicos e família (Kinney, Haapala and Booth, 1991): perceber as diferentes percepções dos problemas familiares segundo a ótica de cada membro da família; diminuir a distância emocional e pessoal entre cliente e clínico; acalmar os medos dos clientes de serem verbalmente atacados ou castigados; aumentar o nível de conforto dos clientes com seus clínicos, conversando sobre coisas positivas, compartilhando "informações neutras" sobre si próprios (mostrando que são humanos e também vivenciam problemas) e relacionando pessoa a pessoa; estimular a esperança de que as coisas mudarão para melhor. Os clientes ganham sensação de poder numa situação na qual podem escolher onde a primeira entrevista ocorrerá, quais os membros da família que participarão, o que será discutido e recebendo assistência imediata para necessidades imediatas.

Pequenas metas que os clientes podem facilmente obter são indicadas, pois fortalecem a autoconfiança e a vontade de empreender mudanças mais ambiciosas. Também devem ser trabalhadas, ainda no primeiro contato, habilidades para reduzir conflitos.

A atividade clínica da primeira sessão visa desenvolver e manter a aliança pela confiança construída, acalmando medos e suspeitas, demonstrando aceitação e empatia, e afirmando a competência dos clientes.

Na capacitação dos profissionais são discutidos métodos para gerar aceitação de crianças/adolescentes que têm comportamen-

tos inaceitáveis ou repugnantes, na visão dos profissionais. São treinados para: a) reconhecer suas próprias similaridades com os clientes; b) entender que as pessoas sob certas circunstâncias funcionam da melhor maneira que conhecem; c) acreditar que os motivos que os clientes possuem são geralmente positivos, embora lhes possam faltar habilidades ou conhecimento para expressar esses motivos de uma forma positiva; d) compreender que os membros da família desejam proximidade, oportunidades mútuas e alívio para os sofrimentos.

Os autores defendem que o profissional deve ser honesto e aberto com o cliente, informando os riscos envolvidos nas mudanças propostas pelo tratamento, reconhecendo também que elas podem ser um desafio difícil de ser obtido. Também precisa estar preparado para lidar com as resistências do cliente, tanto quanto para lidar com as queixas apresentadas. Os profissionais dos Serviços de Preservação Familiar investigados por Dore & Alexander (1996) costumam ser flexíveis, permitindo que o atendimento seja tão extenso quanto necessário. Alguns tomam horas ou mesmo o dia inteiro. Essa flexibilidade da sessão reafirma para a família a importância de seus problemas e necessidades. Há também ênfase em desenvolver atividades do tratamento fora dos serviços, nas casas ou comunidades.

Alguns sinais de alarme podem alertar que a aliança terapêutica tem problemas: críticas ao terapeuta e/ou ao serviço; questionamento das metas anteriormente acordadas; cancelamento, atrasos ou falta aos encontros agendados; falha em executar as tarefas combinadas entre as sessões; complacência exagerada ou concordância precipitada aos objetivos, metas ou tarefas.

Os profissionais devem acessar as capacidades relacionais dos pais e outros cuidadores desde muito cedo no processo de intervenção e formular planos de tratamento adequados a essas capacidades.

Embora a questão do estabelecimento do vínculo não tenha gerado uma reflexão mais aprofundada pelos serviços naci-

onais analisados e nem mesmo na literatura brasileira sobre violência familiar, constatamos a preocupação e sensibilidade de vários profissionais com as questões apontadas acima. Contudo, por vezes só se percebe que houve problemas na vinculação dessa família quando ela abandona o serviço, demonstrando a ausência de indicadores e de uma atenção mais apurada para a questão.

A preocupação com o desligamento e abandono

Muitos serviços internacionais analisados trabalham com prazos definidos de atendimento (alguns até de 2 meses), configurando um atendimento breve, mas intensivo. Costuma haver um acompanhamento mais esporádico após a conclusão do atendimento breve. Entretanto, alguns não fixam *a priori* o prazo, que oscila caso a caso. Há unanimidade quanto à decisão sobre o desligamento ser uma tarefa feita em conjunto, quando a opinião do técnico que atende é colocada para discussão na equipe.

Quanto aos fatores associados ao fracasso/abandono do atendimento, Masson (1982) apresenta uma proposta de trabalho que promova a proteção da criança/adolescente contra a recorrência do abuso; que estabeleça uma aliança com os pais que agrediam seus filhos; que mude as relações estruturais na família para que a criança/adolescente receba cuidado adequado. Reforça o fato de que acolhimento da família no serviço é um importante passo do processo terapêutico, relacionando diretamente o grau de adesão familiar ao sucesso do atendimento.

As taxas de abandono do tratamento por crianças/adolescentes e famílias, relatadas na literatura, oscilam entre 28 e 90%, fruto da qualidade das interações iniciais com os terapeutas, bem como de características, situações e aspectos demográficos das famílias. (Graziano & Fink, 1973; Bernal & Kreutzer, 1976)

Szykula (1984) descreve a preocupação do "FAMILY TEACHING CENTER" – USA com o abandono do tratamento. Propõe atuar simultânea e sistematicamente sobre os vários fatores que induzem o abandono, a partir de sua experiência em uma clínica de

saúde mental, que atende famílias agressivas ou que vivenciam conflitos emocionais ou físicos envolvendo crianças/ adolescentes. Nesse artigo, o abandono é definido como a ruptura do tratamento antes de completar dez semanas de atendimento, período mínimo para se obter bons resultados.

Uma estratégia utilizada é o estabelecimento de conexões com muitos serviços e contatos individuais com pessoas da escola e serviço social: primeiro se estabelece um vínculo, cria-se uma lista de pessoas que são informantes, instruindo-os sobre o processo. Os contatos com esses informantes é constante.

O processo de busca começa com uma visita familiar, quando a família se mostra relutante em vir à clínica (pode ser um profissional sem nível superior). Antes que o tratamento comece, o *staff* faz todos os esforços para assegurar que a família se sinta confortável em relação às suas expectativas e metas para o tratamento, bem como em relação à atmosfera da clínica e quanto ao clínico que a atenderá. Nesse momento, ainda é um cliente potencial que poderá ou não aderir ao tratamento.

Os encontros iniciais focam no que será o tratamento e quais os resultados esperados. Os agentes que referiram o caso são mantidos informados sobre os progressos alcançados.

Assim que o tratamento se inicia, atividades de manutenção e busca ativa são implementadas, sempre visando à continuidade da atenção. Entre elas estão: a) sessões realizadas em casa para clientes que não têm transporte, que necessitam demonstrações em casa sobre habilidades de "parentagem" ou que são particularmente desmotivados e necessitam que o programa vá até eles, por algum tempo; b) embora a maioria dos pais seja atendida em grupos, sessões individuais são agendadas se as famílias necessitarem mais terapia intensiva ou se habilidades sociais ou outros problemas os fizerem incapazes de funcionar bem em grupos; c) encontros marcados após as 17 horas e durante finais de semana para aquelas pessoas impossibilitadas de participar durante o dia; d) contatos telefônicos freqüentes entre as sessões, feitos pelo clínico, buscando apoiar as intervenções terapêuticas; e) o

terapeuta pode adotar uma abordagem de serviço social, para ajudar as famílias a achar recursos como babás, transporte etc.; f) casos particularmente difíceis são trabalhados com supervisão para prevenir o esgotamento do terapeuta.

Com essa estratégia de atendimento, houve significativa redução no abandono ao tratamento (antes era 46% e passou para 26%).

Os autores consideram que a diferença dessa proposta é uma associação de fatores, em especial: ter agentes de referência ao longo do tratamento; flexibilidade da equipe para ativamente estabelecer o *rapport*; estabelecimento do compromisso com os agentes de referência, seja em instituições ou em casa; contatos telefônicos constantes.

A experiência do "*Family Teaching Center*" é uma, entre várias, que se preocupa com a redução do abandono ao tratamento. Como foi visto nos capítulos anteriores, pouco se faz no país a esse respeito. Em primeiro lugar, poucos serviços nacionais quantificam o problema, desconhecendo a sua real magnitude. Em segundo lugar, a atitude tomada pelos serviços nacionais é a de visita domiciliar e contatos telefônicos feitos pelos próprios serviços ou pelo Conselho Tutelar, quando alertados pelos serviços. São reais as dificuldades de muitos serviços e conselhos em possuírem meios de transporte e pessoal para a execução dessas tarefas em tempo breve e de forma mais constante (Ministério da Saúde, 2002). Entretanto, o que mais distancia o enfrentamento do problema do abandono ao tratamento é a ausência de ações orientadas para suprir estas dificuldades, no planejamento das atividades institucionais. Isto é mais observado na literatura internacional. No país, não há na agenda de trabalho dos serviços tempo nem recursos para investir em **busca ativa**.

Avaliação de reincidência

O problema da avaliação de eficácia e da reincidência também é fonte de preocupação para o Sistema de Serviços de Proteção à Criança/adolescente dos EUA. DePanfillis e Zuravin (2002) comentam que, desde 1994, o órgão nacional de saúde norte-americano

(US Department of Health and Human Services) coloca a interrupção do “abuso” como indicador de sucesso dos serviços, assim como a maioria dos serviços brasileiros visitados. Contudo, tanto aqui como nos EUA, não há, em contrapartida, esforços para avaliar como os serviços atingem esses resultados. Os autores citados procedem a uma intensiva revisão bibliográfica acerca dos fatores capazes de favorecer a *RECORRÊNCIA* da prática de maus-tratos em famílias que já foram atendidas pelos serviços de proteção ou que estão sob seu acompanhamento. Para eles, os fatores podem ser relacionados:

- Às características da intervenção: a família ter notificações anteriores; a criança/adolescente já ter saído de casa; e baixa capacitação da equipe de atendimento. Os autores comentam que em relação ao tempo e à intensidade de atendimento há controvérsias em sua capacidade de influenciar a reincidência.

- Ao tipo de intervenção: as estratégias que parecem diminuir a reincidência incluem os grupos de aconselhamento; capacitação de pais para o desenvolvimento de habilidades; ter recebido ajuda de serviços de suporte; educação parental; e crianças/adolescentes terem recebido abrigo provisório em situação de crise.

- À cooperação da família: são fatores relacionados ao engajamento da família na intervenção. Assim, quanto maior esse engajamento, maior a motivação dos familiares cuidadores e abusadores e dos demais membros. Conseqüentemente, é menor o índice de reincidência.

Os autores concluem que engajar a família numa aliança de ajuda e motivá-la a aceitar e receber o apoio dos serviços pode reduzir a reincidência.

Concordando que há poucos estudos sobre o problema da reincidência, Terling (1999) avalia com pessimismo a reunificação das famílias. A reunificação seria feita pelo reingresso de crianças/adolescentes que foram afastadas do lar. Segundo o autor, esse retorno à família de origem tem significado um percentual de 37% de reincidência após o intervalo de três anos e meio. Terling avalia que o abuso de recorrência mais comum é a negligência. Alguns fatores parecem ser predisponentes das situações de rein-

cidência: a família ter notificações anteriores; ter familiares dependentes de substâncias psicoativas; os pais terem limitação irreversível na sua capacidade de tomar decisões; os pais terem grande resistência em mudar seu estilo de vida; pais que não entendem ou aceitam que praticam uma “parentagem” inadequada ao desenvolvimento da criança/adolescente; família isolada da comunidade, com relacionamentos abusivos e conflituosos; cuidadores que estabelecem relações destrutivas com as crianças/adolescentes. Diante desses dados, o autor critica o sistema de avaliação que sugere a reinserção das crianças/adolescentes sem que sejam analisados tais critérios.

Se a preocupação em registrar e analisar os dados de reincidência ainda é pequena nos países do “primeiro mundo”, situação ainda mais crítica foi constatada no Brasil. Quase nada se sabe sobre a questão, devido a problemas de registro dos próprios serviços, à falta de comunicação e integração entre eles e ainda pela frágil circulação e troca de informações dos Conselhos Tutelares e destes com a rede de serviços existentes.

Perfil, seleção e capacitação dos profissionais

Ao contrário das experiências nacionais analisadas nos capítulos anteriores, muitos serviços internacionais utilizam variadas e criativas estratégias para a composição e capacitação de suas equipes de trabalho. Como já apresentado, os serviços nacionais pesquisados empregam, na grande maioria, profissionais de nível superior, predominantemente psicólogos, assistentes sociais e médicos e, em menor monta, socioeducadores. Conhecendo mais outras experiências, podemos verificar novas possibilidades: familiares que já passaram pelo programa de atendimento do serviço e depois de capacitação se tornaram agentes voluntários; pais que tenham boa relação familiar e que vão compartilhar a “parentagem” nas famílias-alvo do serviço; terapeutas leigos que trabalham sob supervisão de terapeutas clínicos, entre outros (Cooke, 1982; Thyen & Thiessen, 1995).

Tais iniciativas defendem que, além de baixar custos e melhorar a auto-estima de pais voluntários, há, em muitos casos,

maior eficácia na comunicação estabelecida com os usuários, considerando que partilham de mesmo estrato social ou possuem experiências comuns em relação ao problema da violência. Ocorre ainda, diminuição do abismo de poder existente entre clínicos e familiares.

Cabe lembrar que existe, no Brasil, a presença maciça de agentes comunitários de saúde, que poderiam atuar sobre a questão da violência contra a criança/adolescente, se devidamente capacitados e supervisionados. Esse é um potencial riquíssimo, que deveria ser mais bem explorado. Um primeiro passo foi dado: o Ministério da Saúde produziu um texto sobre violência familiar (Ministério da Saúde, 2001), nacionalmente divulgado, que apresenta orientações para a prática em serviço. A atuação do governo federal na área da assistência social enfatiza ações de apoio sociofamiliar. Contudo, ainda são tímidas as iniciativas existentes, embora o debate sobre o tema venha ganhando espaço.

Passa-se agora ao detalhamento das experiências internacionais.

A experiência "*FAMILY EMPOWERMENT INTERVENTION*" (Cervenka et al, 1996) inclui em sua equipe o que intitula de "paraprofissionais" (não terapeutas) treinados e preparados para trabalhar sob a supervisão de um profissional da clínica. Não são aceitos profissionais com graduação em psicologia e serviço social. O uso de paraprofissionais melhora o custo-benefício (mais baixo custo) e é consistente com pesquisas experimentais que indicam, em algumas intervenções realizadas por esses trabalhadores, resultados freqüentemente similares ou superiores aos alcançados por terapeutas profissionais (Christensen & Jacobson, 1994).

Consultores de campo são cuidadosamente escolhidos. As qualidades exigidas são: ser inteligente, maduro, cuidador, amigável, aberto, honesto, flexível, que se dedique muito ao trabalho e deseje "empoderar" outras pessoas. É feita entrevista e realizado treinamento durante um mês (não necessariamente todos os candidatos serão absorvidos). As instruções incluem ilustrações de como a intervenção deve ser desenvolvida, procedimentos a se-

rem implementados em situações de crise e aspectos legais envolvendo abusos. Cada candidato desenvolve seu próprio projeto de ação, baseado em um caso. Cada consultor deve atender cinco casos ao mesmo tempo. Atividades de suporte para esses profissionais são providenciadas durante toda a intervenção: supervisão semanal clínica e a qualquer momento em situação de crise; revisão dos registros gravados em áudio e ocasionalmente em vídeo, quando permitido pela família. Além disso, os consultores vão para campo monitorados por uma central telefônica.

O "*FAMILY WALK-IN CENTRE*" utiliza como equipe de trabalho um terapeuta, um conselheiro e voluntários, em sua maioria (Pillai et al, 1982). Este serviço, iniciado em 1978, emprega, desde então, majoritariamente mães que tenham crianças pequenas e adolescentes e que sejam moradoras da comunidade. Algumas já receberam ajuda do Centro. O fato de serem moradoras facilita o acesso às outras famílias da comunidade, permite a detecção de situações iminentes de violência familiar e ainda confere maior confiabilidade às famílias resistentes ou temerosas de frequentar o Centro. Além disso, a participação no atendimento ajuda a fortalecer ainda mais a auto-estima das voluntárias.

As mulheres, depois de selecionadas, são capacitadas em curso que leva dez semanas, com seminários de duas horas de duração. Elas estudam as diretrizes do serviço, dinâmica familiar, habilidade de escuta, técnicas para lidar com famílias sob estresse, como fazer atendimento telefônico, além de orientações práticas para lidar com situações de emergência. As voluntárias são, sobretudo, encorajadas a usar suas habilidades para facilitar a comunicação e aumentar a auto-estima dos pais usuários. Todas as voluntárias também participam de sessões de terapia, grupos para promover habilidades parentais, grupos de relaxamento.

Alguns trabalhos nos trazem algumas reflexões adicionais importantes sobre o perfil e as necessidades desse profissional que irá atuar diante de situações tão problemáticas.

- Yoshihama & Mills (2003) chamam a atenção para a influência da história pessoal de abuso do profissional que

atende crianças/adolescentes na condução do tratamento dos pacientes. Um total de 33% dos 303 profissionais em treinamento para violência familiar em duas cidades da Califórnia/EUA sofreu abuso físico e 22%, abuso sexual durante a infância. Aproximadamente metade deles vivenciou violência conjugal. Os resultados mostraram que profissionais mulheres que vivenciaram abuso sexual na infância mostram maior tendência a remover a criança/adolescente de uma mãe que está sendo abusada. Os trabalhadores com história de violência conjugal que se identificaram com a mulher vitimizada promoveram menos o afastamento da criança/adolescente de sua mãe maltratada. Esse trabalho nos alerta para a importância do treinamento/capacitação também ajudar o profissional a trabalhar os próprios valores e opiniões dos encaminhamentos dados aos clientes.

- A importância da capacitação especializada para lidar com a violência familiar é apontada por Day et al (2002), que argumentam que nenhuma formação geral, mesmo em psicologia, é capaz de prover. Exemplifica apresentando a visão de um grupo de profissionais britânicos de saúde mental com formações diferenciadas sobre as necessidades dos clientes que vivenciaram abuso sexual na infância. Muitos profissionais disseram não se sentir muito confortáveis, competentes e apoiados em seus trabalhos com esses pacientes. Aqueles que receberam treinamento e/ou supervisão se sentiram significativamente mais capazes de trabalhar com vítimas de abuso sexual. Destacam a necessidade de treinamento de especialistas, consultores e programas de supervisão para os profissionais de saúde mental que atuam com esse tipo de violência.

Ainda pouco se sabe no Brasil sobre a influência da história ou da postura do profissional frente aos casos de violência familiar. Conforme aponta a literatura nacional e visto em algumas passagens das entrevistas, os profissionais também enfrentam resistências morais, inseguranças, quiçá uma possível identificação com experiências violentas anteriores. Dado que o profissional é um importante agente transformador, este tema merece ser mais bem investigado para proporcionar melhoria na qualidade da atenção oferecida.

Articulação entre Instituições – sistema de garantia de direitos

A articulação com outras instituições é, certamente, o ponto que mais difere entre a realidade retratada pelos serviços pesquisados e a mencionada na literatura. Enquanto no Brasil há severas lacunas na rede de serviços, gerando muitas vezes um sentimento de impotência no profissional porque “*não tem para onde encaminhar*”, os serviços internacionais encontram outra sorte de obstáculos, tais como: a eventual escassez de oferta de determinado serviço de suporte (atendimento a adolescente do sexo masculino, abrigos para mulheres com filhos mais velhos ou com famílias numerosas, por exemplo), até as muitas formas de resistência das famílias em procurar tais suportes e dar continuidade ao processo de atendimento.

Em convergência às situações retratadas pelas famílias brasileiras e norte-americanas como dificultadoras da continuidade de atendimento, está a falta de dinheiro para o transporte e a falta de tempo em ir às sedes dos serviços, uma vez que trabalham (Staudt et al, 2001). Detalhamos a seguir, as diferenças e similaridades encontradas.

A experiência de “*INTENSIVE FAMILY PRESERVATION SERVICES*” – IFPS (Staudt et al, 2001) tem como proposta o atendimento feito em parceria com a família que, após terminada a intervenção, continua sendo acompanhada por outros serviços de apoio disponíveis na comunidade. Este tem sido um grave problema para o serviço, pois 67% das famílias atendidas, após três meses do desligamento, não freqüentavam mais nenhum outro serviço de apoio.

Como já mencionado, os profissionais desse serviço não encontram maiores dificuldades para que este acompanhamento seja feito, embora curiosamente mencionem que é difícil ter serviços que atendam homens agressores e adolescentes; serviços de atendimento diário (“*day care*”); abrigo para homens com filhos; abrigos para mulheres com filhos homens com idade superior a sete anos, programa para dependentes e programas de moradia a baixo custo.

Contudo, as maiores barreiras identificadas dizem respeito: à falta de recursos econômicos e falta de motivação familiar; ao não reconhecimento da família das necessidades da criança/adolescente ou de que precisam de ajuda; e à mudança constante de endereço da família. Em suma, fatores que justamente reforçam a necessidade de ter o suporte dos serviços.

O estudo citado por Staudt et al (2001) analisa, em cinco IFPS, o que os profissionais fazem e refletem como necessário para que a continuidade do atendimento possa acontecer: (a) discutir com a família a importância do atendimento; (b) realizar em equipe e junto à família o mapa de suas necessidades e um plano de atendimento; (c) discutir com os familiares os possíveis obstáculos encontrados para a realização deste plano de atendimento, já pensando em formas de superá-los; (d) individualizar as demandas de cada familiar; (e) traçar um plano de atendimento simples com demandas e alvos objetivos; (f) acompanhar posteriormente se os familiares estão mesmo freqüentando os serviços indicados.

As informações apresentadas neste capítulo apontam para o elevado número de desafios e dificuldades que os profissionais que atendem famílias com dinâmicas de violência enfrentam, tanto no país como no exterior. Dificuldades pessoais das equipes e das famílias, dos serviços de atenção, da rede social de apoio e da estrutura social do país interferem na qualidade do atendimento. Não obstante as dificuldades, a evolução do atendimento no país é flagrante, embora o caminho a percorrer ainda seja longo. O conhecimento produzido no Brasil deverá refletir cada vez mais o amadurecimento teórico, a disseminação dos profissionais e serviços pelas diferentes regiões do país e a construção de uma consciência coletiva mais cidadã, respeitosa e ciente dos direitos da família envolvida em situações de violência. Torna-se cada vez mais necessário o compromisso dos setores públicos de reconhecer a importância de projetos com estrutura para promover, a médio e longo prazo, o acompanhamento sociofamiliar integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do confronto entre a literatura e os achados deste estudo, algumas considerações podem ser vistas como norteadoras para a construção de um serviço mais eficaz na inclusão da família que vivencia situações de violência.

Quanto à Missão e Dinâmica Institucionais:

- Ter clareza quanto aos propósitos e à abrangência da atuação.
- Divulgar com fidedignidade os propósitos institucionais e as ações realmente realizadas.
- Estabelecer vínculos consistentes e contínuos com os Conselhos Tutelares.
- Assegurar mecanismos de articulação com demais entidades a fim de compartilhar missões, possibilitando uma verdadeira atuação em rede.
- Aprimorar os registros, a sistematização e a análise dos dados produzidos nos serviços, para que se possa compor sistemas de informação em níveis municipal, estadual e federal.
- Incluir estratégias de avaliação (internas e externas) das estruturas, processos e resultados do atendimento a fim de monitorar o gerenciamento do serviço.
- Buscar ampliar as parcerias comunitárias.

Quanto às Equipes:

- Aprimorar critérios de seleção dos profissionais, valorizando a capacidade de negociação, empatia, sensibilidade, tolerância e respeito às famílias;
- Assegurar capacitação sistemática a todos os membros da equipe, inclusive profissionais de apoio (recepcionistas, motoristas, porteiros etc.);
- Proporcionar apoio psicológico ao profissional e supervisão técnica para discutir os casos e as relações internas.
- Garantir a composição multidisciplinar, contando com profissionais com formação em terapia familiar.

-
- Pensar formas de inclusão de profissionais de nível médio e de voluntários para atuarem, de forma complementar, junto às famílias;
 - Ampliar mecanismos de captação de equipe e de formação de futuros profissionais, tais como os estágios universitários;
 - Buscar mecanismos que assegurem uma remuneração digna e contínua aos profissionais.

Quanto às Estratégias de Atendimento

- Prestar uma atenção integral à *família* de forma contínua e sistemática.
- Negociar com a família o plano de atendimento.
- Promover um atendimento comprometido com a promoção da auto-estima e o “empoderamento” dos familiares, visando ao desenvolvimento de sua capacidade de administrar conflitos e melhorar a convivência.
 - Promover estratégias para a criação de vínculos estreitos entre profissionais e família.
 - Assegurar o atendimento ao autor de agressões (socioeducativo ou psicoterápico), seja no próprio serviço, seja pelo encaminhamento efetivo à rede.
 - Acessar, sempre que a equipe considerar necessário, os serviços de responsabilização judicial do autor de agressões.
 - Promover visitas domiciliares, ampliando o acompanhamento.
 - Oferecer horários alternativos para o atendimento realizado nos serviços.
 - Buscar apoio social para garantir às famílias mais pobres o acesso ao atendimento e a melhoria de condições de sobrevivência.
 - Definir coletivamente critérios para encerramento do atendimento.
 - Registrar os casos de reincidência a fim de se repensar um tratamento adequado aos mesmos.
 - Monitorar as situações de abandono, buscando estratégias de reincorporação aos serviços.
 - Estabelecer uma rotina de notificação dos casos aos Conselhos Tutelares e, na sua ausência, aos órgãos competentes.

Certamente, tais propostas de atuação dos serviços precisam estar amparadas por políticas voltadas para o enfrentamento da violência; que dêem suporte; invistam em pesquisas científicas; sugiram orientações técnicas; mapeiem a rede de atendimento, localizando suas deficiências; que se proponham a intervir minimizando tais lacunas.

As lições aprendidas

Chegamos ao final deste trabalho com a clara certeza de que a equipe de pesquisa também aprendeu muito. A partir de uma pequena amostra, o trabalho permitiu conhecer, de forma mais próxima e em profundidade, a diversidade de iniciativas de atendimento que existe no Brasil. Serviços que a partir de motivações e abordagens tão diferentes, enfrentando tantas restrições e dificuldades, compartilham o compromisso de apoiar crianças, adolescentes e suas famílias, para que seu bem-estar seja restituído.

Assim, nossa postura nos coloca como parceiros dessa empreitada, reconhecendo o esforço e a seriedade destes trabalhos, bem como respeitando as estratégias de abordagem empregadas. Consideramos necessário pontuar que tais abordagens refletem um estado de arte desse campo de atuação, espelhando a reflexão e o investimento das equipes.

O lugar de pesquisadores também exige, dialeticamente, o exercício do confronto, de refletir criticamente as experiências, buscando, ao mesmo tempo, um diálogo de proposição e de engajamento.

O objetivo central foi o de analisar o atendimento desses serviços, focando como a família é envolvida, como se estabelece essa convivência e que imagem e papel lhe são atribuídos. A partir desse núcleo essencial são desenvolvidas as considerações finais.

Levando em conta a natureza organizacional das experiências pesquisadas, percebemos que as OGS têm como potencial contribuição a possibilidade de desenvolverem pesquisas, metodologias e novas linguagens de abordagem, dado que possuem equipes

mais estáveis e parceria de secretarias municipais e estaduais. As ONGs, em contrapartida, apresentam maior diversidade de modelos e de estratégias de atendimento, revitalizando a atuação da área. O diálogo e a troca de ambos os movimentos podem ser profundamente enriquecedores.

Como se observa no corpo do trabalho, salvo exceções, a inclusão da família se restringe ao atendimento da mãe e da criança ou adolescente. A figura do pai nem sempre é envolvida, nem os irmãos. A ausência dos irmãos merece um destaque. Primeiro porque pesquisas comprovam que o confronto entre irmãos é comum e pode atingir dimensões severas nas famílias com dinâmicas de violência. Segundo, porque usualmente a violência que é dirigida a um dos filhos também pode ter como alvo (passado, presente ou futuro) os seus irmãos e irmãs.

A ausência do atendimento aos familiares agressores, especialmente quando homens e envolvidos em abuso sexual, usualmente se revela uma lacuna na rede de atenção. Naturalmente os serviços não elegerão as mesmas prioridades de atendimento nem as mesmas linhas de atuação, e pode ainda haver a legítima justificativa de preservação de confiança e segurança da criança. Contudo, vale lembrar que apartar do atendimento o familiar autor de agressões pode contribuir para uma rotulação desse sujeito, fazendo-o crer que falhou irreversivelmente no seu papel de cuidador. O estigma de “agressor” pode se transformar num desígnio a ser cumprido, num comportamento que será reproduzido em atos futuros.

Por outro lado, o viés jurídico visando à responsabilização desse indivíduo pode ter muitas leituras. Desde aquela encontrada na literatura, indicando a importância de que a “licença para maltratar” seja suspensa, colocando-se limites para esse familiar, o que pode ter um efeito positivo no atendimento. Entretanto, sem o efetivo acompanhamento terapêutico, essa ação não será resignificada, ficando apenas no âmbito da punição legal. Outra leitura, moralizante ou levada pela comoção, advoga que o familiar autor de agressões “deve pagar” por seus atos. Essa visão apenas colabora para mais sofrimento e cisão familiar.

Em relação à inclusão da família, embora seja desejável expandir o atendimento a mais pessoas, certamente o real envolvimento da família não pode ser dimensionado pelo número de familiares atendidos. Uma leitura quantitativa dessa inclusão não permite discutir o que é central, ou seja, *como* esses familiares são atendidos.

Nesse sentido, o ponto de partida é a imagem e a credibilidade que se atribui (ou não) às famílias. Vale lembrar que a maioria dos serviços declara como diretriz o apoio à auto-estima e o “empoderamento” das famílias, para que possam desempenhar o papel protetor e promotor de desenvolvimento mais integral dessa criança ou adolescente. Contudo, por muitas vezes, foram registradas declarações pessimistas quanto à capacidade dessa família romper com a dinâmica de reprodução do ciclo de violência, compreender os efeitos negativos dessa forma de relacionamento e aderir ao serviço.

Esse ponto merece a atenção das equipes. A discussão sobre a possibilidade de superação da violência, presente nos estudos de resiliência, também pode contribuir com este debate.

Outro aspecto crucial dessa inclusão está diretamente ligado ao vínculo que se busca estabelecer com a família.

A análise da literatura internacional provocou alguns saudáveis “estranhamentos” à equipe de pesquisadores. Nesses serviços, obviamente provenientes de realidades socioculturais distintas, há uma clara preocupação em criar espaços e dar tempo para a família ter confiança no trabalho e na equipe. A incorporação, na dinâmica de atendimento, de momentos para catarses, narrativas e esclarecimentos parece um passo importante para desconstruir a experiência negativa vivida em outros serviços e discutir as potencialidades e o lado positivo da ajuda que se oferece. Há todo um investimento em *pensar junto* com a família, em conquistá-la e fazê-la reconhecer, por si, os benefícios que pode usufruir ao dispor desse apoio.

Essa postura nem sempre foi observada nos serviços visitados. Algumas vezes, prevaleceu a expectativa de “obrigatoriedade” do engajamento, já que ao praticar a violência, a família coloca os

direitos da criança ou adolescente em risco. Assim, uma vez que a família viola esses direitos deve dar, como contrapartida, a sua vinculação, acatando cooperativamente a ajuda oferecida. Essa concepção foi mais evidente em algumas organizações governamentais vinculadas aos serviços de saúde.

Determinadas estratégias, empregadas por alguns serviços visitados, e outras registradas na literatura, parecem facilitar o vínculo com a equipe e a adesão ao atendimento. Portanto, merecem ser debatidas.

A escuta, a acolhida respeitosa e afetuosa, a flexibilidade de horários e a disponibilidade para atender demandas inesperadas foram pontos positivamente reconhecidos pelos familiares.

Quanto às estratégias de trabalho, o atendimento domiciliar é apontado na literatura internacional como importante aliado para o envolvimento e vínculo ampliado da família, além de permitir uma atuação mais direta no seu cotidiano. A atuação domiciliar possibilita ainda o contato com outras famílias da comunidade, configurando uma atuação preventiva e promotora de integração, diminuindo o isolamento das mais vulneráveis. Esse recurso, para os serviços visitados, tem cumprido mais o papel de verificação de informações para se traçar um diagnóstico psicossocial e para chamar de volta as famílias que abandonam os serviços.

Vale destacar que, em termos nacionais, há inegável insuficiência de trabalhos preventivos, apoiados numa ação comunitária, integrando distintas famílias. Se ações de prevenção não forem planejadas, eternamente se terá que ampliar a rede de assistência às famílias atingidas. Como comentado no capítulo 6, tais ações poderiam ser ampliadas pela atuação de agentes comunitários de saúde, dos profissionais do Programas de Saúde da Família e de agentes da Educação, além das lideranças religiosas e comunitárias, enfim, pela atuação do Sistema de Garantia de Direitos.

O potencial do trabalho terapêutico ou socioeducativo com grupos de pais também pode ser considerado como apenas timidamente explorado, na maioria dos serviços visitados.

Estratégico pontuar que o atendimento precisa ser pactuado com a família. O plano de trabalho que será desenvolvido precisa ser discutido de forma franca e não impositiva, fazendo emergir as eventuais resistências para que possam ser trabalhadas, como mostram algumas experiências nacionais e internacionais. Além disso, há que se ter maior clareza quanto às etapas que serão percorridas nesse planejamento. Essas são posturas importantes rumo a uma perspectiva de parceria com as famílias.

Todas as questões já mencionadas só podem ser refletidas e quiçá praticadas a partir das equipes dos serviços. O profissional é a alma desse atendimento. Portanto, a capacitação que recebe, os espaços que são oferecidos para seu amadurecimento e o suporte que lhe é dispensado são pontos vitais para o modelo de atendimento que será oferecido.

Considerando os depoimentos dos serviços e a literatura, algumas necessidades podem ser listadas: capacitação qualificada e permanente a ser oferecida a todos os profissionais do serviço e não só àqueles ligados ao atendimento psicossocial; momentos de reflexão coletiva entre a equipe; e suporte terapêutico.

Além disso, a própria seleção desse técnico surge como um aspecto que merece mais atenção, pois, como visto na literatura, a vivência pessoal de violência pode interferir na conduta de atendimento.

A composição das equipes de atendimento, majoritariamente com formação de nível superior, parece indicar a pouca inclusão de experiências alternativas, capazes de considerar a contribuição de familiares voluntários. Como revela a literatura, esses sujeitos, devidamente capacitados e acompanhados, além de terem sua própria auto-estima reforçada, dão importante contribuição para o atendimento, pois produzem uma empatia e uma comunicação com outras famílias.

O conhecimento, a divulgação e a comparabilidade de experiências dos serviços pesquisados são dificultados pela precariedade dos registros produzidos pelas organizações. Tal questão é de

grande importância, pois registros confiáveis e minimamente comparáveis possibilitam o diagnóstico das diferentes regiões e o planejamento de ações mais sensíveis aos problemas detectados e às características da clientela. Destacamos a ausência de registro de reincidência na maioria dos serviços.

A comunicação estabelecida entre essas organizações e a sociedade, por meio dos variados mecanismos de divulgação do trabalho desenvolvido, carece de revisão autocrítica quanto aos hiatos entre o que propõe e o que se realiza. Esse exercício parece um salutar movimento de afirmar uma identidade de trabalho e, ao mesmo tempo, ter clareza de suas próprias limitações e ter horizontes de superação profissional.

É necessário, ainda, trazer a questão do atendimento a partir de um olhar ampliado. Na maioria dos casos, ainda não se possui uma atuação de serviços que possa contar com a retaguarda de uma rede de atenção, funcionando com mecanismos de referência e contra-referência, com uma comunicação constante entre organizações, com a atuação articulada diante de uma política de atendimento. Tais demandas ainda constituem um desafio para todo o Sistema de Garantias de Direitos da Criança e do Adolescente no país e, ainda mais intensamente, para certas regiões. Assim, como foi visto na pesquisa, a iniciativa e o protagonismo dos profissionais, buscando tecer relações, parcerias e maior conhecimento entre os serviços, são esforços valiosos e necessários. Contudo, isso não prescinde da consolidação e execução de uma política pública para a defesa dos direitos da criança e do adolescente e para o enfrentamento da violência familiar.

Finalmente, retomamos, como num ciclo hermenêutico, aos distintos significados possíveis ao potencial de inclusão da família. Será vista como usuária de um atendimento ou verdadeiramente considerada parceira de uma difícil jornada rumo a novas formas de relacionamento, organização, percepção de si e de seu papel? A resposta a esta provocação não se resume a uma escolha teórica ou ideológica, tampouco se restringe a um “discurso oficial” ou “politicamente correto”. Envolve a profunda reflexão sobre o próprio processo de trabalho, abarcando as estratégias de

abordagem empregadas, a capacitação e composição da equipe e o planejamento do atendimento. Demanda coragem para o encontro com diferentes modos de pensar, de se expressar e de encarar a vida dessas famílias.

Além desse movimento interno, a inclusão da família como parceira e também sujeito desse atendimento exige a ampliação e a articulação da rede de suporte, compondo realmente um *sistema* de garantias. Num cenário de globalização, de reorganização produtiva e conseqüente desemprego estrutural, de fragilização de referências ético morais, cada família, mais do que nunca, irá representar muitas e diversas necessidades. Demandará cuidados para que possa escrever uma história diferente, de afirmação da vida, do afeto e da inclusão social.



Bibliografia nacional utilizada pelos serviços na capacitação e bibliografia sugerida pelos autores

ABRAPIA. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. *Maus-tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção*. Petrópolis, RJ: Autores & Agentes & Associados, 1997. Guia de Orientação para Profissionais de Saúde.

ABRAPIA. Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência. *Maus-tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção*. Petrópolis, RJ: Autores & Agentes & Associados, 1997. Guia de Orientação para Professores.

ABREU, Susane R. de. Crianças e adolescentes em situações de risco no Brasil. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*, [S.l.], v. 24, n. 1, p.5-6, 2002.

ANCED. Associação Nacional dos Centros de Defesa da Criança e do Adolescente. *Agenda Criança: acompanhamento e avaliação de situações emblemáticas de violações dos direitos e liberdades fundamentais de crianças e adolescentes e de experiências referenciais de defesa desses direitos*. Fortaleza: ANCED, 2001.

ARIÈS, Phillipe. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

ARPINI, Dorian Mônica. Adolescentes em situação de risco: fronteiras entre um sujeito violento e um sujeito violentado. *Insight Psicoterapia*, [S.l.], v. 8, n. 86, p. 15-21, 1998.

ASSIS, Simone Gonçalves de. *Crescer sem violência : um desafio para educadores*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES, 1994.

ASSIS, Simone Gonçalves de. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, Supl. 1, p. 126-134, 1994.

ASSIS, Simone Gonçalves de. *Trajetória sócio-epidemiológica da violência contra crianças e adolescentes: metas de prevenção e promoção*. 1995. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

ASSUMPÇÃO JÚNIOR, Francisco. A agressividade contra a criança deficiente. *Insight Psicoterapia*, [São Paulo], v. 2, n. 18, p. 12-14, 1992.

AZEVEDO, Maria Amélia. Conseqüências psicológicas da vitimização de crianças e adolescentes. In: AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu, 1989.

AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. *Infância e Violência Doméstica: fronteiras do conhecimento*. São Paulo: Cortez, 1993.

AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. *Infância e Violência Doméstica*. São Paulo: Laci/USP, 1994. (Apostila do Telecurso de Especialização)

AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. O que todos perguntam. In: *Infância e violência doméstica: perguntelho*. São Paulo: IPUSP/Laboratório de Estudos da Criança, 1994. p. 25-45.

AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. *Pele de asno não é só história...: um estudo sobre a vitimização de crianças e adolescentes em família*. São Paulo: Roca, 1988.

BARISON, Monica Santos. Famílias envolvidas em situação de maus-tratos contra a criança e o adolescente. *Cadernos CBIA*, Rio de Janeiro, v. 1, n.4, p. 39-43, 1992.

BEZERRA JR., Benilton. Solidariedade contra violência. In: *Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. p. 136-146.

BIEHL, Jane Isabel. *Criança hospitalizada por maus-tratos: o cuidado e o significado das vivências de cuidadores de enfermagem*. 1997. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

BITTENCOURT, Claudia de B.F. Violência sexual contra crianças: implicações psicológicas.. *Pediatria Moderna*, São Paulo, v. 3, n. 31, p. 420-424, 1995.

BOX, Sally (Org.). *Psicoterapia com famílias: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994

BRAGHINI, Lucélia. *Cenas repetitivas de violência doméstica: um impasse entre Eros e Tanatos*. Campinas: Ed. Unicamp, 2000. (Coleção Teses).

BRASIL. 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: MS, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência Intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Brasília: MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Violência contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica*. Brasília: MS, 1993.

BRASIL. Ministério do Bem-Estar Social. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, 1993.

BRAUN, Suzana. *A Violência Sexual Infantil na Família: do silêncio à revelação do segredo*. [S.l.: s.n., data?]

BRÊTAS, José Roberto da Silva et al. O enfermeiro frente à criança vitimizada. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 03-10, 1994.

CAMINHA, Renato. *A violência e seus danos à infância e adolescência*. [S.l.: s.n., data?]

CARSWELL, Wendy Ann. *Perfil de um grupo de pais perpetradores de maus-tratos e dos filhos - suas vítimas*. 1990. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990.

CAVALCANTI, Alessandro Leite; VALENÇA, Ana Maria Gondim; DUARTE, Ricardo Cavalcanti. O odontopediatra diante de maus-tratos infantis: diagnóstico e conduta. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê*, [Curitiba], v. 3, n. 16, p. 451-455, 2000.

CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. A abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família: dificuldades e potencialidades. 2002. Tese (Doutorado) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

CENDHEC. Centro Dom Helder Câmara de Estudos e Ação Social. *Sistema de Garantia de Direitos: um caminho para a proteção integral*. Recife, 1999. (Coleção Cadernos CENDHEC, 8).

CENTEVILLE, Maraisa; CABRAL, Maria Aparecida Alves; ATADIA, Sílvia Andrea. Incidência e tipos mais freqüentes de castigos aplicados pelos pais ou responsáveis a escolares, na Cidade de Campinas, SP. *Pediatria Moderna*, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 99-105, 1997.

CÓDIGO de Conduta do Turismo Contra Exploração Sexual Infante-Juvenil. Natal: Casa Renascer, ago. 2001.

CORSINI, Esterina. *Menina-mulher: um estudo sobre as causas da prostituição infante-juvenil em Campo Grande*. 1999. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 1999.

COTTLE, Thomas J. Maus-tratos físicos. In: *O segredo da infância*. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

CREMESP/APM/SIMESP. *A Epidemia da violência*. São Paulo: [s. n.], 1998.

CUNHA, Janice Machado da. *Atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: impasses e desafios*. 1998. Dissertação (Mestrado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz., 1998

DAVOLI, Adriana; OGIDO, Rosalina. A negligência como forma de violência contra a criança e a importância da atuação médica. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 68, n. 11/12, p. 405-408, 1992.

DE ANTONI, Clarissa; KOLLER, Sílvia Helena. A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. *Estudos de Psicologia*, Campinas, SP, v. 5, n. 2, p. 347-381, 2000.

DE ANTONI, Clarissa; KOLLER, Sílvia Helena. Vulnerabilidade e resiliência familiar: um estudo com adolescentes que sofreram maus-tratos intrafamiliares. *Psico*, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 39-66, 2000.

DESLANDES, Suely Ferreira. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, Supl. 1, p. 177-187, 1994.

DESLANDES, Suely Ferreira. O atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas?. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.

DESLANDES, Suely Ferreira. *Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES, 1994.

DI PAOLO, Darcy Flexa; TRAPASSO, Graça; PINHEIRO, Lillian Oliveira; MONTEIRO, Sâmia Araújo. *O cotidiano da escola: vozes e*

silêncios de crianças e adolescentes trabalhadores em Belém-PA. Belém: Movimento República de Emaús, 2001.

DIMENSTEIN, G. *O cidadão de papel: a infância, a adolescência e os direitos humanos no Brasil*. São Paulo: Ática, 1996.

DONZELOT, Jacques. *A polícia das famílias*. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

DOURADO, Ana; FERNANDEZ, Cida. *Uma história da criança brasileira*. Recife: CENDHEC; Belo Horizonte: Palco, 1999. (Coleção Cadernos CENDHEC, 7).

DUARTE, J.C.; ARBOLEDA, M.R.C. *Malos tratos y abuso sexual infantil*, Madri: Siglo Vinteuno de Spaña, 1997.

DURRANT, M.; WHITE, C. (Orgs.). *Terapia del abuso sexual*. Barcelona: Editorial Gedisa, 1996.

EIDT, Olga Rosaria; BIEHL, Jane Izabel; ALGERI, Simone. Atelier de vivências: um ambiente propício à construção do cuidado à criança hospitalizada por maus-tratos. *R. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 47-55, 1998.

EIGUER, A. *Um divã para a família: do modelo grupal à terapia familiar psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

FALEIROS, Eva T. Silveira. *Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e de adolescentes*. Brasília: Thesaurus, 2000.

FARINATTI, Franklin Augusto dos Santos. Reconhecendo a síndrome da criança maltratada. *Rev. Médica Sta. Casa*, Porto Alegre, v. 7, n. 13, p. 1379-1383, 1995.

FERENCZI, Sandor. A confusão de línguas entre os adultos e a criança. In: *Obras completas: Psicanálise*. v. 4. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FERRARI, D.C.A; VECINA, T.C.C. *O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática*. São Paulo: Ágora, 2002.

FERREIRA, Ana Lúcia et al. A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à Família: entraves e possibilidades de atuação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 123-130, 1999.

FERREIRA, Ana Lúcia; SCHRAMM, Fermin R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 659-665, 2000.

FERREIRA, Carlos Alberto de Mattos; CALVI, Gian. *Ninguém tolera isso!: mas eles não nascem infratores*. Petrópolis, RJ: Autores & Agentes & Associados, 1997.

FERRIANI, Maria das Graças Carvalho et al. Crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: a enfermagem neste cenário. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v.14, n. 2, p.46-54, 2001.

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

FINKELHOR, D. et al. Sexually abused children in a national survey of parents: methodological issues. *Child Abuse and Neglect: The International Journal*, 21(1): [não paginado], jan. 1997.

FLORES, Renato Zamora; CAMINHA, Renato Maiatto. Violência sexual contra crianças e adolescentes: algumas sugestões para facilitar o diagnóstico correto. *Revista Psiquiatria*, Rio Grande do Sul, v. 2, n. 16, p. 158-167, 1994.

FONSECA, Nice Maria. O assistente social e a intervenção nas situações de violência. *Revista Pesquisa Médica*, Porto Alegre, v. 2, n. 26, p. 53-54, 1992.

FORTE, Maria José Paro. Violência doméstica. In: SAITO, Maria Ignez; SILVA, Luiz Eduardo Vargas da (Eds.). *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 393-396.

FUNDAÇÃO ABRINQ (Org.). *10 Medidas básicas para a infância brasileira*. São Paulo: CBMM / Fundação Abrinq / Unicef, 1994.

FURLOTTI, Tamy V. de Moraes. *Segredos de família: violência doméstica contra crianças e adolescentes na São Paulo das primeiras décadas do século XX*. 1999. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, São Paulo, 1999.

FURNISS, T. *O abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GABEL, M. (Org.). *Crianças vítimas de abuso sexual*. São Paulo: Summus, 1997.

GAUDERER, E.C.; MORGADO, K. Abuso sexual na criança e no adolescente. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 68, n. 7/8, p. 234-247, 1992.

GIANINI, Reinaldo José; LITVOC, Júlio; ELUF NETO, José. Agressão física e classe social. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 180-86, 1999.

GOMES, Romeu. Da denúncia à impunidade: um estudo sobre a morbimortalidade de crianças vítimas de violência. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 301-311, 1998.

GOMES, Romeu. Prostituição infantil: uma questão da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 58-66, 1994.

GOMES, Romeu; ALMEIDA, Ana Beatriz Braz de; ECTEINS, Isabella Brizzante. A saúde e o direito da criança ameaçados pela violência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 05-08, 1999.

GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza; FONTOURA, Helena Amaral da. A prostituição infantil sob a ótica da sociedade e da saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 171-179, 1999.

GOMES, Romeu; SILVA, Cosme Marcelo Furtado Passos da; NJAINE, Kathie. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 171-181, 1999.

GONÇALVES, Hebe S.; FERREIRA, Ana Lúcia; MARQUES, Mário J. V. Avaliação de serviço de atenção à crianças vítimas de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 6, p. 547-553, 1999.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde. *Orientação para profissionais de saúde no atendimento à criança e ao adolescente vítimas de maus-tratos*. [199-].

GUEDES, Luciane Gaspar. *Violência doméstica: prevalência e fatores associados em famílias atendidas num serviço de emergência pediátrica*. 1996. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. A violência de pais contra filhos. *Lua Nova*, São Paulo, n.3: 38-45, dez., 1986.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo; AZEVEDO, Maria Amélia. *Os novos pequenos mártires: infância e violência doméstica*. São Paulo: Lacri/Ipusp, 2000.

GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo; SANTORO JÚNIOR, Mário; AZEVEDO, Maria Amélia. Violência doméstica contra crianças e adolescentes e políticas de atendimento: do silêncio ao compromisso. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 70-96, 1992.

GUIRADO, Suely Martins. *Características do sistema familiar da criança espancada*. 1992. Dissertação (Mestrado) - Departa-

mento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1992.

HASSELMANN, Maria Helena; LOPES, Claudia S.; REICHENHEIM, Michael E. Confiabilidade das aferições de estudo sobre violência familiar e desnutrição severa na infância. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 5, p. 437-446, 1998.

JUNQUEIRA, Maria de Fatima. Abuso sexual da criança: contextualização. *Pediatria Moderna*, São Paulo, v. XXXIV, n. 07, p. 432-436, 1998.

KALOUSTIAN, Sílvio Manoug (Org.). *Família brasileira , a base de tudo*. São Paulo: Cortez; 1994.

KORN, Gustavo Polacow et al. Síndrome dos maus-tratos em crianças. *Pediatria Moderna*, [S.I.], v. XXXIV, n. 8, p. 455-460, 1998.

LAMANNO-ADAMO, Vera Lúcia C. Violência doméstica: uma contribuição da psicanálise. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 153-9, 1999.

LAMARÃO, Maria Luiza Nobre; MENEZES, Stela Maria Lima de. *A exploração de meninas pelo trabalho doméstico*. Caderno Pedagógico. Belém: CEDECA-EMAÚS, 2001.

LEÃO, Teresa Cristina Caruso. *Violência contra crianças e adolescentes: estudo do processo de vitimização*. 1993. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

LEFEVRE, Fernando. Violação e violência: resgatando a violação como fato cultural.. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 36-42, 1992.

LIMA, Valquiria Camargo Fernandes. *Violência e questões éticas contemporâneas: um estudo sobre o sigilo profissional*

frente à violência doméstica. 1997. Dissertação (Mestrado) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

MAGALHÃES, Celina Maria Colino. Agressão em crianças: influência de sexo e revariáveis_situacionais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 11, n. 1, p. 7-12, 1995.

MALDONADO, M. T. *Os construtores da paz: caminhos da prevenção da violência*. São Paulo: Moderna, 1997

MALLAK, L.S.; VASCONCELOS, M.G. O. M.(Orgs). *Compreendendo a violência sexual em uma perspectiva multidisciplinar*. Carapicuíba/SP: Fundação Orsa Criança e Vida, 2002.

MARCZYK, Fabiane Fleury et al. Síndrome de Munchausen: relato de dois casos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. [S.I.], v. 18, n. 2, p. 220-224, 1996. MARMO, Denise B.; DAVOLI, Adriana; OGIDO, Rosalina. Violência doméstica contra a criança (Parte I). *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 71, p. 313-316, 1995.

MARQUES, Maria Aparecida Barbosa; ASSIS, Simone Gonçalves de; DESLANDES, Suely Ferreira. *Violência doméstica contra crianças e adolescentes*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MELLO, Anna Christina da Motta Pacheco Cardoso de. *O brincar de crianças vítimas de violência física doméstica*. 1999. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

MELLO, Ricardo Pimentel. *A representação social dos Direitos de Exploração e Uso do Solo: um estudo psicossocial da violência na Região Sul do Pará*. 1994. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

MENEGHEL, Stela Nazareth; GIUGLIANI, Elsa J.; FALCETO, Olga. Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 327-335, 1998.

MENEZES, Marina G.P.; OLIVEIRA, Marina C. J.; OSMO, André Alexandre et al. A criança vítima de maus-tratos atendida em serviços de emergência. *Pediatria*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 75-81, 1996.

MERA, Cristine Rose. *Os maus-tratos à criança: uma abordagem histórica e social*. 1991. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1991.

MEYER, Luiz. *Família: dinâmica e terapia: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

MIERMONT, Jacques. *Dicionário de Terapias Familiares*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

MILLER, A. *O drama da criança bem dotada: como os pais podem formar (deformar) a vida emocional dos filhos*. São Paulo: Summus, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, v. 1, n. 2, p. 91-102, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de. Saúde e violência na infância e na adolescência. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 70, n. 5, p. 263-266, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de. Violência e saúde na infância e adolescência: uma agenda de investigação estratégica. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 39, p. 58-63, 1993.

MINUCHIN, S. *Calidoscopio familiar*. Buenos Aires: Paidós, [19??].

MONTEIRO FILHO, Lauro (Coord.). *Abuso sexual: mitos e realidade*. Petrópolis, RJ: Autores & Agentes & Associados, 1997. (Garantia de Direitos/FIA/RJ, 3).

MONTEIRO, Luiza Pereira. *Violência doméstica contra crianças e adolescentes em Goiânia*. 1997. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Goiás, 1997.

MONTEIRO, M.C.N; CABRAL, M. A. A.; MORGADO, A. F. Violência contra crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica.. *Arquivo Brasileiro de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 153-156, 1995.

MONTEIRO, Maria da Conceição do Nascimento; CABRAL, Mara Aparecida Alves; JODELET, Denise. As representações sociais da violência doméstica: uma abordagem preventiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 161-170, 1999.

MONTEIRO, Maria da Conceição do Nascimento; CABRAL, Mara Aparecida Alves; MORGADO, Anastácio Ferreira. Aspectos psicossociais de pais agressores. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, [S.I.], v. 44, n. 1, p. 7-13, 1995.

MORAIS, Eliane Pinheiro de. *Negligência nos cuidados de saúde com crianças e adolescentes: uma proposta para atuação da enfermeira com famílias*. 1998. Dissertação (Mestrado) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

MORAIS, Eliane Pinheiro de; EIDT, Olga Rosaria. Conhecendo para evitar: a negligência nos cuidados de saúde com crianças e adolescentes. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 20, n. especial, p. 6-21, 1999.

MOREIRA, Leonir; RESERNE, Tânia Denise; FRANTZ, Egon. A criança espancada: um alerta para o diagnóstico. *Rev. Centro de Ciências Saúde*, [S.I.], v. 17, n. 3/4, p. 67-70, 1991.

NARVAZ, Martha. Abusos sexuais e violências de gênero. [S.l.: s.n., data?]

NEUMANN, Marcelo Moreira; OLIVEIRA, Maria do Céu Formiga de. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: notifica-

ções recebidas pelo Centro de Atenção aos Maus-tratos na Infância. *Psicólogo Informação*, [São Paulo], v. 1, n. 1, p. 37-48, 1997.

NOGUEIRA, M. A. O papel da escola na prevenção dos maus-tratos na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Saúde Escolar*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1-4, p. 241-243, 1994.

NOGUEIRA, Paulo Lúcio. *Estatuto da Criança e do Adolescente comentado*. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 1993.

OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. Criança maltratada física ou emocionalmente por pais, família e sociedade: um estudo reflexivo. *Pediatria Atual*, [S.I.], v. 3, n. 4, p. 6-23, 1990.

OSHIRO, Fatima Aparecida Bastos. *Depressão e violência familiar: estudo de irmãos vítimas de maus-tratos e abandono*. 1994. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, 1994.

PAIVA, Arislene Maria Cordeiro Gondim de. *Violência em menores em Fortaleza nos anos 80*. 1997. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1997.

Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. Brasília, 2000.

PRIORE, Mary del (Org.). *História da criança no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1991.

RAMOS, Magdalena (Org.). *Casal e família como paciente*. São Paulo: Escuta, 1994.

RAMOS, Magdalena (Org.). *Terapia de casal e família: o lugar do terapeuta*. São Paulo: Brasiliense, 1992.

REICHENHEIM, Michael E.; HASSELMANN, Maria Helena. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de proposta de ação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 109-121, 1999.

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

RIBEIRO, Leila Maria Amaral. *Abuso sexual contra a criança: introdução a uma abordagem psicanalítica das representações no abuso sexual contra a criança*. 1996. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

RIZZINI, Irene; BARKER, Gary; CASSANINGA, Neide. *Criança não é risco, é oportunidade: fortalecendo as bases de apoio familiares e comunitárias para crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro: USU Ed. Universitária/Instituto Promundo, 2001.

ROQUE, Eliana Mendes Souza Teixeira. *A violência na família contra crianças e adolescentes e a percepção dos operadores do direito, na comarca de Jardinópolis - SP*. 2001. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

ROURE, Glacy Q. de. *Vidas silenciadas: a violência com crianças e adolescentes*. Campinas: UNICAMP, 1996.

RUZANY, Maria Helena; RUZANY, Maria Helena; MEIRELLES, Zilah Vieira. Situações de violência no cotidiano da vida do adolescente na zona norte do município do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Coletiva*, [Rio de Janeiro], v. 5, n. 2, p. 131-137, 1997.

SALVADOR, Andreia Clapp. *Relações violentas numa dinâmica familiar: análise de um caso social*. 1994. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1994.

SANTORO JÚNIOR, Mário. Saúde e violência na infância e na adolescência. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 70, n. 5, p. 259-261, 1994.

SANTORO JÚNIOR, Mário. Vitimização e negligência. In: *Medicina do Adolescente*. São Paulo: Sarvier, p. 476-486, 1993.

SANTOS, Benedito Rodrigues dos. *A emergência da concepção moderna de infância e adolescência: mapeamento, documentação e reflexão sobre as principais teorias*. 1996. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1996.

SANTOS, Edmar Vieira dos. *Para além do desfecho: a violência física doméstica como processo social e como questão da Saúde Coletiva*. 1999. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

SANTOS, Helio de Oliveira. *Crianças violadas*. [S.], 1991. 114 p.

SANTOS, Noelia Oliveira Dias dos. *Abuso sexual: vítimas das relações familiares*. 1995. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1995.

SEABRA, A. S.; NASCIMENTO, H. M. Abuso sexual na infância. *Arquivo Brasileiro de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 72-82, 1998.

SEABRA, A. S.; NASCIMENTO, H. M. Abuso sexual na infância. *Pediatria Moderna*, São Paulo, v. XXXIV, n. 7, p. 395-415, 1997.

SÊDA, Edson. *A Criança e sua Convenção no Brasil: pequeno manual*. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia, 1999.

SEIBEL, Heloisa. Dinâmica dos maus-tratos à criança: características do adulto maltratante e da criança maltratada - o maltrato como perturbação do vínculo mãe-filho. *Revista Pesquisa Médica*, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 51-52, 1992.

SHANSIS, Flávio; GREVET, Eugenio H.; WILHEMS, Fábio. Maus-tratos na infância: a importância e a compreensão das dificuldades de sua detecção na escola. *Revista de Psiquiatria*

do Rio Grande do Sul. [Porto Alegre], v. 17, n. 1, p. 52-55, 1995.

SILVA, Arcelina Maria; VIEIRA, Luiza J. E. de Souza. Caracterização de crianças e adolescentes atendidos por maus-tratos em um hospital de emergência no município de Fortaleza-CE. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.35, n.1, p.4-10, 2001.

SILVA, Marcia Roberti da. *Avaliação da conduta do cirurgião-dentista frente à violência doméstica contra crianças e adolescentes - violência física*. 2001. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SOMENZI, Lígia et al. Transtornos alimentares e sua relação com abuso sexual na infância: relato de um caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p. 367-373, 1996.

SOUSA, Sônia M. Gomes (Org.). *Infância, adolescência e família*. Goiânia: Cãnone, 2001.

SOUSA, Sônia M. Gomes. *Trabalho infantil: a negação da infância? Estudo do significado do trabalho para crianças das camadas populares*. 1994. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

SOUSA, Sônia M. Gomes; MORAIS NETO, Otaliba Libânio (Orgs.). *Abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes na região metropolitana de Goiânia (1992 – 1996)*. Goiânia: Cerne, 1997.

SOUSA, Sônia M. Gomes; RIZZINI, Irene (Coords.). *Desenhos de família. Criando os filhos: a família goianiense e os elos parentais*. Goiânia: Cãnone, 2001.

SOUZA e SILVA, M. A.; VECINA, T. C. C. *Mapeando a Violência Doméstica*. São Paulo: NRVV, 1998.

SOUZA, Sinara de Lima. *A violência vivenciada por adolescentes trabalhadores(as) de rua*. 2000. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000.

SUKIENNIK, Paulo Berel. Alguns aspectos sobre a desumanização, e os maus-tratos na infância e adolescência. *Revista Pesquisa Médica*, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 55-58, 1992.

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

TAVARES, Dinalva Menezes Castro. *Violência doméstica: uma questão de saúde pública*. 2000. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

TAVARES, Maurício Antunes. *Onde está Kelly? O trabalho oculto de crianças e adolescentes exploradas nos serviços domésticos na cidade do Recife*. Recife: CENDHEC, 2002.

TETELBOM, Miriam et al. Abuso sexual intrafamiliar: um alerta. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 145-148, 1991.

TOMIO, Aline G. da Silva. *A violência doméstica contra crianças e adolescentes atendidos no Conselho Tutelar do município de Itajaí-SC*. 2000. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

UNICEF. *Situação Mundial da Infância*. Brasília: UNICEF, 1994.

VARELA, Zulene Maria de V.; SILVA, Raimunda Magalhães da; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. *Dimensões do cotidiano: violência doméstica, saúde da mulher e desempenho no trabalho*. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC, 1998.

VASCONCELOS, E. Mourão (Org.). *Saúde Mental e Serviço Social: desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2000.

VICENTE, Cenise Monte. O direito à convivência familiar e comunitária: uma política de manutenção do vínculo. In: KALOUSTIAN, Sílvio Manoug (Org.). *Família brasileira: a base de tudo*. São Paulo: Brasília; Cortez: Unicef, 1994.

VILHENA, Junia de (Org.). *Escutando a família: uma abordagem Psicanalítica*. São Paulo: Relume-Dumará, 1993.

WINICOTT, D. W. *A família e o desenvolvimento individual*. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

ZAMARATO, Tania. Síndrome de maus-tratos e abuso infantil. In: GRISI, Sandra; ESCOBAR,

Ana M. de Uihôa (Orgs.). *Prática pediátrica*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 159-165.

ZAVASCHI, Maria Lucrécia S.; UINALHA, A. F.; ENK, I. Abuso sexual em crianças: uma revisão. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 67, n. 3-4, p. 130-136, 1991.

RECURSOS AUDIOVISUAIS

Títulos dos vídeos por ordem alfabética:

A cor da noite

A excêntrica família de Antônia

A família

A mão do desejo

A marca da pantera

A sombra da dúvida

ABRÁPIA – Abuso e Exploração Sexual na Infância e na Adolescência – Fita de Vídeo nº 074.

Abril despedaçado

Abuso sexual

Acidentes
Acusação
Advogado do diabo
Amor e ódio
As cores da violência
Atrás daquela porta
Beleza americana
Caráter
Central do Brasil
Cidade de Deus
Clara
Clube da luta
Cria Cuervos
Crianças de Domingo
Crimes de honra
Delinqüentes
Depois da chuva
Dias de violência
Do que o ódio é capaz
Eclipse total
Em Nome do Amor
Entre a inocência e o crime
Fanny e Alexander
Festa de Família
Festa em família
Forrest Gump
Gente como a gente
Infância Roubada , Atos Inqualificáveis
Inocência ultrajada
Kids
Kramer X Kramer
Lavoura Arcaica
Leolo - Porque eu sonho
Lolita
Longa Jornada Noite Adentro
Marcas do silêncio
Matilda
Nunca fale com estranhos
O despertar de um homem

O padre
O sexto sentido
O sistema
O viajante
Olho por Olho
Os silêncios dos palácios
Os três reis
Pai Patrão
Paisagem na neblina.
Papai me machucou
Parente é serpente.
Perdas e danos
Príncipe das marés
Que bom te ver viva
Querem me enlouquecer
Rainha Bandida
Rainha Margot
Regras da vida
Sem perdão
Sleeps, a vingança adormecida
Tempo de matar
Temporada de caça
Testemunho do silêncio
Um dia de fúria
Um dia para não esquecer
Um lugar para ser amado: a verdadeira história de Gregory
Kingsley.
Vera
Vestida para matar
Violação Fatal
Virgens suicidas

Principais linhas de abordagem¹

Alguns autores têm se dedicado a identificar as inúmeras técnicas para abordagem da família. Não há como negar que existe uma quase total hegemonia da visão sistêmica entre os terapeutas familiares. Percebe-se, no entanto, que há uma busca de novos modelos que dêem conta de uma intervenção tão complexa, principalmente, quando o motivo da intervenção é um ato violento, muitas vezes praticado dentro da própria família.

Há uma carência de material bibliográfico no país sobre o atendimento específico a famílias vítimas de maus-tratos. Segundo Masson (1982), não existe um modelo definido para o atendimento a famílias com essa problemática. Entretanto, o autor propõe uma abordagem que lide com a relação dos pais da criança vitimizada com a sua família de origem, dos pais com a criança vitimizada e entre o casal. As visitas domiciliares também são apresentadas por esse autor como um importante instrumento de intervenção. Observamos na pesquisa que em nenhum dos serviços visitados foi mencionada a terapia de casal como uma possibilidade de intervenção. Em relação a visitas domiciliares, percebemos que, apesar de mencionadas por alguns serviços (principalmente algumas ONGs que possuem maiores recursos), elas parecem não acontecer de forma sistemática. Masson (1982) alerta para a necessidade de uma intervenção interdisciplinar e Interinstitucional.

Osório (2002) nos alerta para a possibilidade de se cair no engessamento da técnica:

[Os terapeutas podem]. atender situações familiares sem a camisa de força de modelos teórico-técnicos, que, embora propostos para balizar nossa experiência clínica, acabam por tolher nossa espontaneidade e cortar a disponibilidade empática sem a qual desumanizamos nossa atividade psicoterápica. (p. 44)

¹ A redação deste anexo contou com importante colaboração de Claudia de Araújo Cabral, consultora desta pesquisa.

Esse autor, a exemplo de outros, defende a possibilidade de uma triangulação das técnicas:

Acreditamos que a terapia de famílias pode beneficiar-se de um modelo híbrido de abordagem técnica, no qual por exemplo, a compreensão seja psicanalítica, o enquadre sistêmico e a instrumentação técnica psicodramática. Faça-se a ressalva, contudo, que trabalhar com distintos marcos referenciais teóricos requer um nível de habilitação a que só têm acesso profissionais mais experientes. (Osório & Valle, 2002: 66)

A seguir, de forma extremamente breve e introdutória, caracterizaremos as principais linhas de abordagens terapêuticas, embasados nas idéias de Elkaim (1998), Laplanche (1970), Miermont (1994), Rohmann (2000), Osório e Valle (2000) e Masson (2002).

Psicanálise

A expressão *psicanálise*, fundada por Freud, pode assumir, pelo menos, três significados:

- Um método de investigação que consiste essencialmente na evidenciação do significado inconsciente das palavras, das ações, das produções imaginárias (sonhos, fantasias e delírios) de um indivíduo. Este método baseia-se principalmente nas associações livres do indivíduo, que são a garantia da validade da interpretação. A interpretação psicanalítica pode estender-se a produções humanas para as quais não se dispõe de associações livres.
- Um método terapêutico baseado nesta investigação é especificado pela interpretação controlada da resistência, da transferência e do desejo. Com esse sentido se relaciona o uso da psicanálise como sinônimo de tratamento psicanalítico.
- Um conjunto de teorias psicológicas e psicopatológicas em que são sistematizados os dados introduzidos pelo método psicanalítico de investigação ou de tratamento.

A psicanálise é uma teoria do aparelho psíquico que mostra a importância dos processos inconscientes e dos mecanismos de defesa que os estruturam (recalque, isolamento, anulação, denegação, projeção, identificação projetiva, entre outros). Foi

o primeiro modelo interdisciplinar de compreensão da personalidade humana e de ação terapêutica no século XX. A psicanálise reconheceu a importância fundamental da sexualidade infantil e da repressão que ela sofre durante o período de latência. Ela aprende o drama da psique em torno de um confronto que estrutura o indivíduo normal e/ou neurótico: o complexo de Édipo aparece como um organizador e um obstáculo das relações familiares e sociais, que cumpre as suas funções a partir dos desejos e das interdições da criança, confrontada na realidade e na fantasia, afetiva e intelectualmente, às pessoas parentais. O complexo de Édipo seria uma invariante emocional universal que estrutura o pertencimento do indivíduo à sua família nuclear, bem como a necessidade que ele tem de desprender-se dela.

No início, Sigmund Freud, seu fundador, restringiu a coerência pragmática da psicanálise à resolução das dificuldades neuróticas. Essa coerência provém da descoberta de um determinismo neurótico inconsciente que vai além da aparência dos fenômenos desconexos ou caóticos. A psicanálise se expandiu e, com isso, permitiu iluminar teoricamente outros domínios: a loucura, as desordens psicossomáticas, os transtornos do comportamento.

A metapsicologia freudiana descreve com pertinência as modificações provocadas pela patologia esquizofrênica: os processos secundários do pensamento são invadidos pelos processos primários, as palavras são tomadas por coisas, uma única palavra pode assumir a função de toda uma cadeia de pensamentos. Os psicanalistas presumem que a realidade representada pelos temores e desejos inconscientes, e não as impressões conscientes ou a realidade objetiva, é o mais importante fator determinante do comportamento e da auto-imagem do paciente. Também acreditam que a capacidade humana para o conflito psíquico é equilibrada por uma postura de síntese criativa, que permite adaptação e cura.

A terapia familiar não poderia ter nascido sem a revolução introduzida pela psicanálise de Freud e as numerosas bifurcações internas e externas que provocou. Na corrente psicanalítica, numerosos autores têm se centrado na análise da família, como Anna Freud.

O psicanalista se coloca frente à família e à escuta da comunicação inconsciente em um nível no qual os membros da família diluem suas psiques individuais em uma psique grupal. Assim, segundo essa abordagem, será a elucidação das transferências veiculadas pelas produções fantasmáticas da psique familiar que fornecerá ao psicanalista sua principal alavanca terapêutica.

Sistêmica

A base da Teoria dos Sistemas está na cibernética, que foi introduzida por Robert Weiner, em 1949, e se refere aos organismos vivos, às máquinas e às estruturas sociais. O conjunto desses estudos foi no princípio conduzido por matemáticos e físicos que se interessavam pelos mecanismos de transformação e conservação de energia e sobre os fenômenos de regulação dos sistemas.

A Cibernética influenciou a Teoria dos Sistemas ao demonstrar que os sistemas estáveis só mantêm essa condição pelo exercício interno de certas retroações específicas, estabelecendo então a transição de uma visão linear para uma visão circular. Um problema deveria ser entendido como uma questão sem causa e efeito e em um contexto onde existe uma complementaridade com várias pessoas envolvidas.

O interesse pelas interações entre o fenômeno observado e a presença do observador marcou a passagem da cibernética da primeira ordem para a da segunda ordem:

- Primeira cibernética: centrada sobre a tese de que o sistema pode ser considerado como separado do observador. Aquele que realiza a intervenção observa de forma neutra o espaço familiar e as danças que aí se produzem. A estrutura lidada pelo interventor é um dado real e quase objetivável. O terapeuta se considera com o direito de ser um observador neutro, a despeito da utilização estratégica e emocional que faz dessa leitura.

- Segunda cibernética: inclui o papel do observador na construção da realidade durante a observação. Criação de espaços de encontro e de elaboração em que os sistemas autônomos evoluem – o que imporia a passagem de uma ciber-

nética de descrição objetiva dos sistemas, para uma sistêmica de subjetividade assumida. Os sistemas humanos são auto-referenciais e o terapeuta não é um reparador, mas sim parte desse sistema.

A cibernética não é uma ciência de compreensão, mas sim uma espécie de engenharia baseada no controle. Ela define o grande campo que concerne os mecanismos de controle da informação e da comunicação, com ênfase sobre a natureza do *feedback* ou retroalimentação.

A retroalimentação é uma interação particular entre um sistema e seu ambiente, no decorrer da qual certa informação sobre os resultados de uma ação é enviada à entrada do sistema sob a forma de dados. Essa noção faz parte dos instrumentos conceituais fundamentais criados pela cibernética para abordar a regulação e a comunicação nos seres vivos e nas máquinas. Weiner descobriu o circuito de informação necessário para que um sistema corrigisse toda a ação ou retroalimentação negativa e generalizou a descoberta para o organismo vivo.

O tema central da cibernética é o processo de *output / feedback /* ajustamento. Todo comportamento intencional requer alguma espécie de *feedback*. Seja em sistemas mecânicos ou humanos, os sistemas complexos usam *feedback* positivo e negativo para se ajustarem e adaptarem durante a própria ação.

Na retroalimentação, uma parte daquilo que sai do sistema é reintroduzido no sistema sob a forma de uma informação sobre aquilo que saiu. Um sistema possui então: as entradas (*inputs*): são os dados que o sistema recebe e resultam da influência do meio ambiente; as saídas (*outputs*): provêm da ação do sistema sobre o meio ambiente.

Existem dois tipos de retroalimentação:

- *Feedback* positivo: A dinâmica da mudança de um sistema, crescimento e evolução repousam em retroalimentações

positivas. São aquelas que em que a informação reintroduzida na entrada contribui para facilitar e amplificar a resposta do sistema – seus efeitos são acumulativos e possuem uma função de transformação. Portanto a resposta ao feedback positivo é manter, aumentar o ritmo e prosseguir. A retroalimentação positiva conduz a um comportamento divergente: expansão indefinida ou bloqueio total. Por exemplo: efeito bola de neve, reação em cadeia, crescimento demográfico, escaladas simétricas, conflitos conjugais, lutas pelo poder. A retroalimentação positiva abandonada a si mesma pode conduzir à ruptura da estabilidade do sistema ou sua destruição por explosão. Para que um sistema possa manter-se no decorrer do tempo em um estado estável, os circuitos positivos devem ser controlados pelos circuitos negativos.

- *Feedback* negativo: O restabelecimento dos equilíbrios, a autoconservação, a regulação e a estabilidade repousam nas retroalimentações negativas. São aquelas onde os efeitos de uma retroação negativa estabilizam o sistema. Portanto, a resposta ao *feedback* negativo é repetir, diminuir o ritmo, descontinuar. Assim, a retroalimentação negativa conduz a um comportamento adaptativo e que parece tender para a manutenção em vida de um organismo, de um sistema familiar. Em um circuito negativo, qualquer variação para “mais” provoca uma correção para “menos”- há uma regulação. O sistema oscila em torno de uma posição de equilíbrio que nunca atinge. Por exemplo: o termostato, que é o protótipo do sistema cibernético. No caso dos sistemas vivos, eles podem auto-regular-se e são capazes de conservar o *status quo*, para manter a homeostase familiar ou, quando há um risco de ruptura, fazer surgir algo novo. Por exemplo: uma criança assumirá o papel de cuidador para restabelecer o equilíbrio familiar.

A visão sistêmica não é direcionada apenas aos contextos de terapia familiar e às suas técnicas. É uma metodologia de interpretação da realidade, e aplicável a contextos e situações que ultrapassam largamente o quadro familiar, tal como o meio profissional, a escola, as instituições. Portanto, o pensamento sistêmico tem sua atenção ao macro-social, à relação entre o macro e o micro-social e, a partir dessa mesma relação, à influência que o contexto sociocultural exerce sobre a família.

O conceito de retroalimentação conduz ao reconhecimento de que os dados de entrada, fornecidos por cada um dos membros da família, induzem dados de saída mais complexos e centrados no sistema familiar. As “saídas” de um sistema familiar devem ser analisadas na sua especificidade, provocando uma qualidade emergente irredutível à análise das entradas individuais.

Os objetivos da intervenção sistêmica na família buscam um incentivo na convivência familiar prevenindo ou tratando a sua desagregação. O comportamento problemático deve ser visto como a maneira que aquela família encontrou para funcionar. O profissional deve estar atento à repetição dos padrões de comportamento, em como a família consegue criar e manter o problema e, principalmente, como um comportamento que se auto-sustenta pode ser suprimido e substituído por outro mais funcional. Ele deve redefinir a situação para que surja algo diferente na dinâmica dos relacionamentos.

Ao entrar em contato com a família, o terapeuta deve substituir o *por que*, por *como* e *quando*. O foco do profissional pode ser resumido na questão: “Quem faz o que a quem e como”. “Quem” é um subsistema, individual, parental ou institucional. O “que” é uma mensagem dada. E “como” é a maneira como é feito.

Na intervenção com a família, é importante detectar possíveis impasses que estejam paralisando o movimento evolutivo de uma família. O movimento saudável engloba desde a fusão na díade parental, até o processo de individuação. O indivíduo deve poder compartilhar seu espaço pessoal e pertencer a um conjunto de regras.

O profissional busca um foco para explorar novas regras e definições dos conflitos. O terapeuta marca uma nova história, amplia a história oficial, regula as distâncias e redefine a hierarquia e as coalizões. Mudando a posição dos membros, mudam também as experiências subjetivas e eles podem encontrar uma maneira mais saudável de se relacionar.

Psicodrama

Criado por Moreno a partir de 1923, o psicodrama repousa na encenação improvisada, com fins de liberação pessoal, de cenários não previamente programados e aprendidos. Tal abordagem, que já foi reinterpretada segundo as óticas psicanalítica e sistêmica, tem sido utilizada e desenvolvida com propósito de formação e de terapia.

Essa técnica favorece a encenação de processos inconscientes e desenvolve a disposição para o jogo relacional, específico do ser humano confrontado a uma situação de grupo, integrando a tomada da palavra na expressão global em situação interativa.

A dimensão psicodramática é utilizada em técnicas derivadas em terapia familiar, bem como na formação dos terapeutas (jogos de papéis familiares e terapêuticos). Em terapia, ela conduz à exploração e à utilização dos papéis intrafamiliares dos protagonistas, permitindo que sejam metabolizadas as tendências de *acting in* ou de passagem ao ato (*acting out*) dos pacientes e dos seus próximos. Nas formações de profissionais, ela permite a simulação das estratégias e das técnicas utilizadas pelos terapeutas, bem como sua observação emocional e cognitiva diante dos sistemas familiares patológicos e perante seus próprios sistemas de pertencimento familiar.

A intervenção em terapia familiar é próxima da situação do psicodrama terapêutico do grupo na qual a ação evita os extravios da simples descarga motora e adquire uma estrutura intersubjetiva e um sentido psicológico. A abordagem está tão afastada da cura psicanalítica quanto as terapias psicanalíticas de grupo. Em uma abordagem que leva em conta a dimensão psicodramática da psique confrontada a situações grupais, a ação não é excluída, mas ela não é exclusiva.

O objetivo que se busca é que cada membro da família aprenda a desempenhar seu próprio papel, bem como o de outra pessoa. A grande lição que pode ser extraída do psicodrama é que uma atitude corporal – a mímica e improvisação de uma postura –

só tem efeitos terapêuticos ou formativos positivos e estáveis se, em algum momento, desembocar na verbalização.

O psicodrama é adaptado para resolver as distorções que surgem entre as palavras. As pessoas jogam fazendo de conta que realizam os atos, em vez de fazê-los de verdade. Trabalhando com o jogo de papéis, *status* e funções de todos na família e favorecendo o trabalho de simulação das modalidades da comunicação, essa abordagem contribui para que os seus participantes encontrem graus de liberdade na expressão espontânea em si. O manejo de tais técnicas deveria ser apropriado às singularidades das pessoas que enfrentam impasses relacionais no seio de sua família. A prescrição de fazer de conta poderá integrar-se em uma atitude global do terapeuta, disposto a encenar ele mesmo o jogo do seu próprio papel ou o daqueles que a família o obriga a adotar.

Existem situações difíceis onde se constata uma insuficiência dos dispositivos à simulação das ações. Tal fragilidade merece ser tratada, levando em conta a evolução dinâmica da terapia, a avaliação dos contextos e dos riscos de passagens ao ato iminente. Um jogo de papéis prematuros pode precipitar uma passagem perigosa ao ato, enquanto num momento crítico pertinente da terapia, pelo contrário, ela permite simular o nó do conflito grupal.

Construtivista

Teoria do conhecimento segundo a qual a realidade não é objetiva, mas construída de modo diferente por cada pessoa, em geral por intermédio de interações sociais, segundo inclinações culturais e condições históricas. Na psicologia faz parte da Teoria do Aprendizado Social, que salienta o papel das interações com os outros. O construcionismo social também se chama construtivismo e é confundido com o construtivismo – teoria psicológica semelhante, associada a Piaget, que pressupõe uma realidade objetiva que se apreende por meio da construção de modelos cognitivos em resposta às influências ambientais. Ambas as posturas têm raízes na idéia de Kant de que o espírito não tem acesso direto à realidade objetiva e precisa organizar a experiência segundo certas categorias do conhecimento e na teoria de Darwin,

que se baseia no princípio de que a evolução se dá via adaptação progressiva às condições predominantes.

O pioneiro do construcionismo social por volta de 1920 foi Vygotski, que situou o espírito não dentro do indivíduo, mas na interação social do indivíduo. Ele não interpretava o processo de aprendizagem como recepção passiva de uma realidade objetiva e preexistente, mas como um processo criativo, no qual a criança estrutura a experiência mediante interação com o ambiente social. Segundo o construcionismo, a compreensão do mundo não é uma interpretação do que é, mas um resumo das opiniões formadas pelos intercâmbios sociais dentro do contexto histórico atual. O construcionismo social tornou-se uma perspectiva de grande influência nas ciências sociais e é importante na moderna teoria da educação como modelo de aprendizado social.

Situar o trabalho em um contexto social-construtivista significa considerar múltiplas possibilidades e múltiplas versões. Diminui a tendência a se manter apegado a uma idéia, a uma só possibilidade como certa, única ou até a melhor. Em vez disso, existe hoje uma maior aceitação de várias idéias e modelos de pensar, bem como uma maior predisposição de se aprofundar múltiplas opções.

A partir da década de 80, depois da edição da obra de Paul Watzlawick, divulgou-se entre os terapeutas familiares o movimento da abordagem construtivista, que afirmava a amplitude da influência do trabalho de Von Foerster e Maturana. Alguns anos mais tarde, o próprio construtivismo foi objeto das críticas que lhe foram dirigidas pelo movimento do construcionismo social – que defendia novas formas de terapia que insistiam nos relatos ou nas soluções e se propuseram, então, a substituir a metáfora cibernético-sistêmica por outra, a pós-moderna ou antropológica.

A contribuição do pensamento social-construcionista para o pós-modernismo se formaliza na assertiva de que realidades são construídas pelas pessoas, para que estas se adaptem a determinados contextos. Vidas, ações e comportamentos são os efeitos concretos dos significados que as pessoas dão às suas experiên-

cias e à natureza desses mesmos significados. O pós-modernismo defenderia a noção de que existem muitos discursos sociais, cada um originando conhecimentos específicos sobre pessoas e sobre práticas específicas. Os efeitos disso apresentam um tipo de impacto pessoal e político diferente daquele causado pelas idéias implícitas em outras abordagens bastante conhecidas, incluindo-se aí as que se fundamentam no construtivismo.

O profissional que se baseia na teoria construtivista faz uso das ressonâncias do sistema terapêutico como ferramenta útil de intervenção e de formação. As ressonâncias se apresentam como o impacto das famílias sobre o profissional. Os impasses no atendimento de uma família podem ser entendidos como obstáculos que o profissional enfrenta na história com sua família de origem. E quanto mais ele puder conhecer a si próprio, mais ele poderá sentir-se à vontade para utilizar-se de seus próprios recursos internos como instrumento de intervenção. O profissional não pode separar suas propriedades pessoais da situação que descreve e é nessa intercessão que se desenrola a técnica. A busca de pontos de ressonância pode revelar-se crucial para o trabalho.

Existencial

Corrente filosófica que afirma que, em um universo absurdo, sem finalidade, o ser humano tem liberdade ilimitada de escolha e deve assumir responsabilidade absoluta pelos seus atos. Em tal mundo, a pessoa é obrigada a descobrir o sentido em sua própria existência, e não em doutrinas impostas externamente. O termo existencialismo foi criado pelo filósofo Karl Jaspers como depreciativo para Sartre e outros de quem ele queria distinguir suas próprias teses essencialmente existencialistas.

O conceito de autenticidade sugere a idéia de que os seres humanos podem optar por agir de maneira autêntica, inteligente e responsável, comprometendo-se sinceramente com a vida e com o desenvolvimento do seu verdadeiro ser ou de maneira inautêntica, com medo de exercer sua liberdade e, ao contrário, mergulhando na mediocridade mundana.

Camus, outro filósofo, ilustra a perspectiva existencialista quando se refere ao esforço humano como um absurdo, pois o tempo corrói as realizações e a morte interrompe os planos. Seja qual for a finalidade, o significado ou a realização pessoal que alcancemos, como nossos projetos estão somente em nosso próprio engajamento, a opção de continuar tentando é o que supera o nada da existência. Em uma situação desagradável a pessoa escolhe uma vida autêntica ou cede ao desespero.

Gestalt

Gestalt é uma expressão alemã que significa “forma”. A psicologia da Gestalt foi criada no início do séc XX, em reação às teorias predominantes que interpretavam os processos mentais como uma série de eventos independentes que se conectam, por associação, a imagens e idéias. Essa abordagem parte do princípio de que o todo é maior que a soma das partes e não pode ser definido por elas. A teoria do Gestaltismo afirma que a percepção e outros fenômenos mentais baseiam-se na assimilação e na organização mental de padrões e configurações inteiros, mais extraídos do contexto do que pelas partes componentes. A mente procura naturalmente criar unidades inteiras ou boas Gestalts para gerar sentido e significado na experiência. Essas unidades são mais significativas do que suas partes constituintes e não raro praticamente independentes delas. A teoria do gestaltismo vê o aprendizado como criação progressiva das unidades cognitivas e não como interação entre estímulo e resposta postulada pelo behaviorismo.

A teoria gestaltista, criada por Fritz Perls na década de 40, adota um método holístico semelhante para o tratamento, desconsiderando a distinção corpo/espírito e procurando um equilíbrio harmônico dentro da totalidade da pessoa. Nessa perspectiva, ansiedade, compulsões e outros comportamentos neuróticos têm origem na interação incompleta da experiência, especialmente nas necessidades não-satisfeitas. A técnica coloca ênfase na consciência da existência atual, em vez de desenterrar eventos da primeira infância, estimulando o cliente a vivenciar total e espontaneamente as emoções, os pensamentos e as percepções para integrá-los em um todo coerente.

Não há dúvida de que, entre os modelos teóricos que sustentaram a práxis psicoterápica ao longo do século XX, a teoria psicanalítica, apoiada no pensamento linear padrão causa-efeito e, posteriormente, a teoria sistêmica, alicerçada no pensamento circular, padrão *feedback*, foram hegemônicas. Quiçá esteja agora se esboçando um novo modelo que é o construtivismo, que tem um parentesco epistemológico tanto com a terapia sistêmica, no que diz respeito à relativização das “verdades” científicas e à crítica ao modelo cartesiano que contrapõe sujeito e objeto, como com a teoria psicanalítica, pela revalorização das narrativas pessoais. Alguns autores repensam o modelo circular da teoria sistêmica propondo o modelo da espiral evolutiva (Osório & Valle, 2002: 69):

Visualizar os sistemas terapêuticos sob a ótica do pensamento circular pode nos levar a impasses similares aos criados pelo pensamento linear, já que, no jogo dialético entre passado e presente, não há lugar para a triangulação com o futuro, pois as retroalimentações nos remetem sempre ao já acontecido e não ao por acontecer... esquematicamente, se o sintoma é resultante de um conflito inconsciente, como quer a psicanálise, e sua revelação não remove o sintoma, paralisa-se o processo psicoterápico; da mesma forma, quando propomos a uma família o jogo do questionamento circular e não avançamos além do plano bidimensional de perguntas e respostas consecutivas, igualmente estanca-se o processo.

O modelo ora vislumbrado, para além do modelo circular, seria o da espiral evolutiva (Osório & Valle, 2002). Tal modelo viria a questionar o impacto do questionamento circular sobre a situação familiar preexistente. O modelo do círculo poderia aprisionar o terapeuta sem progressão “*na alavancagem de mudanças estruturais no sistema familiar*”. O modelo da espiral “*oportuniza na práxis clínica a possibilidade tridimensional de visualizar o futuro como algo que se insere em outro nível evolutivo a ser alcançado a partir da capacidade criativa*”. (p.70).

Buscando sintetizar a diferenciação entre as diferentes abordagens, Osório e Valle (2002) apontam que:

A psicanálise é fundamentalmente evocativa, anda atrás dos *porquês* e empaca no linearismo etiológico de seus determinismos psíquicos; a teoria

sistêmica investiga os *comos* e os *para quês* e, por vezes como a cobra do emblema místico, acaba voltada para si mesma a engolir o próprio rabo. A dimensão que falta para acionar o salto quântico da mudança no sistema estará na indagação dos destinos ou das origens? Não será a dimensão do futuro a que falta para triangular com o passado e o presente, permitindo assim não apenas a repetição, mas a efetiva evolução dos sistemas? (72)

Mas é Elkaim (1998) que lança uma importante reflexão sobre a postura do terapeuta familiar:

Em que extensão os terapeutas familiares são médicos e curadores, atuando sobre um paciente, e em que extensão são eles co-participantes em um processo de afirmação mútua, é debate recorrente e não-solucionado (acreditamos, de fato, ser não-solucionável) neste campo.