



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS COMO
PROBLEMA DE SAÚDE: EXPERIÊNCIAS FAMILIARES E
RESPOSTAS SOCIAIS EM UM BAIRRO POPULAR DE
SALVADOR -BA**

CARLA SILVA SOARES
Orientador: Prof. Dr. Jairnilson Paim

**SALVADOR
2016**

CARLA SILVA SOARES

**A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS COMO
PROBLEMA DE SAÚDE: EXPERIÊNCIAS FAMILIARES E
RESPOSTAS SOCIAIS EM UM BAIRRO POPULAR DE
SALVADOR -BA**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa
de Pós-graduação em Saúde Coletiva
do Instituto de Saúde Coletiva da
Universidade Federal da Bahia
**Área de Concentração: Planificação e
Gestão em Saúde**
Orientador: Prof. Dr. Jairnilson Paim

**SALVADOR
2016**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

CARLA SILVA SOARES

**A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS COMO PROBLEMA DE
SAÚDE: EXPERIÊNCIAS FAMILIARES E RESPOSTAS SOCIAIS EM UM BAIRRO
POPULAR DE SALVADOR -BA**

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data da defesa: 26 de outubro de 2016

Banca Examinadora:

Prof. Jairnilson Paim

Profa. Ceci Vilar Noronha

Profa. Monique Azevedo Esperidião

Profa. Heloniza Oliveira Gonçalves Costa

Profa. Marilena Ristum

**SALVADOR
2016**

RESUMO

Estudos dos últimos anos sobre violência contra crianças têm abordado por um lado as consequências do agravo e os fatores de proteção e de risco presentes no seu ambiente, e por outro, a avaliação dos serviços de atenção e as perspectivas dos diferentes profissionais sobre sua atuação diante deste problema. Destaca-se a relevância da ação interinstitucional e intersetorial como facilitadora de uma intervenção efetiva. As questões de como a família experiencia o fato, qual a sua trajetória entre os diferentes serviços e quais as situações promotoras de vulnerabilidade ou resiliência nesse processo permanecem sem uma resposta que abarque a complexidade do fenômeno. Especialmente os estudos que abordam os processos de resiliência, destacam a importância da existência de políticas públicas e rede serviços sócio-assistenciais, sem problematizar questões de acesso e qualidade destes. A presente pesquisa teve como objetivo geral analisar problemas e necessidades sociais e de saúde de famílias de um bairro popular de Salvador-BA com história de violência intrafamiliar contra crianças, destacando as respostas sociais acessadas. Teve como objetivos específicos descrever a experiência de famílias no cuidado a crianças com história de violência intrafamiliar; identificar processos de resiliência, risco e proteção nessas famílias; analisar possíveis linhas de cuidado e/ou itinerários de cuidado percorridos por crianças vítimas de violência intrafamiliar; e caracterizar os serviços de proteção social e da saúde utilizados no cuidado a essas crianças. Foram incluídos no referencial teórico-conceitual adotado a ecologia do desenvolvimento humano, a teoria ecológica de resiliência, itinerários terapêuticos e linha do cuidado. Trata-se de uma pesquisa exploratória, qualitativa, com desenho de estudo de caso. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com representantes de famílias de um bairro popular de Salvador-BA com história de denúncia ao Conselho Tutelar devido a violência contra crianças. Após as entrevistas familiares, foram entrevistados representantes dos principais serviços sócio-assistenciais referidos pelas famílias e por outros participantes. Os resultados indicam que a mera existência de recursos sócio-assistenciais e políticas públicas não se configura como mecanismo de proteção eficaz, demonstrando a importância do acesso das famílias a esses, ao lado das intervenções realizadas. No itinerário de cuidado, têm destaque três momentos principais: reorganização do cotidiano familiar; busca de informação em dispositivos sócio-sanitários; e intervenção do Conselho Tutelar. Após intervenção do Conselho Tutelar, o itinerário de cuidado é revisto e passa a ser pautado em grande medida pelas agências de proteção, onde foi constatada uma maior participação do setor jurídico, em detrimento da saúde e assistência social. A observação da organização dos serviços sugere que eles não estão inseridos numa rede intersetorial, com integração entre os serviços e articulação entre as ações profissionais, mas numa trama, que consiste apenas na justaposição de intervenções. Conclui-se que a atenção a crianças em situação de violência demanda um modelo de atenção integral, tendo ação conjunta de diversos setores como condição mínima de funcionamento, e que permita a circulação do papel de gestor do cuidado entre outros setores que não apenas saúde.

Palavras-chave: violência intrafamiliar; ecologia do desenvolvimento; resiliência; itinerários terapêuticos; Linha de Cuidado

ABSTRACT

Studies of the past few years on violence against children have addressed on the one hand the consequences of the injury and the protective and risk factors present in its environment, and secondly, the assessment of care services and perspectives of different professionals about their performance on this problem. It highlights the importance of inter-institutional and intersectoral action as a facilitator of an effective intervention. The questions of how the family experience the fact, what's the trajectory between the different services and which situations promote vulnerability or resilience in this process remain without a response that involves the complexity of the phenomenon. Especially studies addressing resilience processes, highlight the importance of public policies and social assistance network services without problematizing issues of access and quality. This research aimed to analyze problems and social and health needs of families in a poor neighborhood in Salvador, Bahia with a history of family violence against children, highlighting the social responses accessed. Its specific objectives are to describe the experience of families in caring for children with a history of family violence; to identify resilience processes, risk and protection in these families; to analyze possible lines of care and / or care routes traveled by child victims of family violence; and to characterize the social protection and health services used in the care of these children. Conceptual elements were the ecology of human development, ecological theory of resilience, care itineraries and care line. This is an exploratory, qualitative research with case study design. Semi-structured interviews were conducted with representatives of families of a popular neighborhood of Salvador-BA with reporting history to the Guardianship Council because of violence against children. After the family interviews, there were interviewed representatives of the main social assistance services referred by families and by other respondents. The results indicate that the mere existence of social assistance resources and public policy is not configured as an effective protection mechanism, demonstrating the importance of families' access to those and their interventions. In the care itinerary, have highlighted three main phases: reorganization of family life; search for information on social and health devices; and intervention of the Child Protection Agency. After intervention of the Child Protection Agency, the care itinerary is revised and shall be based largely on protection agencies, where was found a greater share of the legal sector, to the detriment of health and social care. The observation of the organization of services suggests that they are not included in intersectoral network with integration of services and coordination between the professional actions, but a set of services, consisting only in the juxtaposition of interventions. Attention to children in situations of violence requires a model of comprehensive care, taking joint action in various sectors as a minimum operating condition, and to allow the care manager role to circulate among sectors other than just health.

Keywords: child abuse; ecology of development; resilience; care itineraries; Line of Care

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|----------|--|-----|
| Figura 1 | Contextos de Desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1996) | 62 |
| Figura 2 | Genograma da Família Viana | 84 |
| Figura 3 | Genograma da Família Silva | 95 |
| Figura 4 | Genograma da Família Dias | 106 |
| Figura 5 | Genograma da Família Ribeiro | 116 |
| Figura 6 | Genograma Família Matos | 129 |
| Figura 7 | Rede de Serviços de Proteção à Criança da Nova Nigéria | 153 |
| Figura 8 | Contextos de Desenvolvimento das famílias pesquisadas | 244 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| ADIs | Auxiliares de Desenvolvimento Infantil |
| AEE | Atendimento Educacional Especializado |
| BCS | Base Comunitária de Segurança |
| CAPSI | Centro de Atenção Psicossocial Infantil |
| CONANDA | Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente |
| CONDER | Companhia de Desenvolvimento Urbano |
| CRAS | Centro de Referência em Assistência Social |
| CREAS | Centro de Referência Especializado em Assistência Social |
| CT | Conselho Tutelar |
| DERCA | Delegacia Especializada de Repressão a Crimes contra a Criança e o Adolescente |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| MP | Ministério Público |
| NASF | Núcleo de Apoio a Saúde da Família |
| PAIR | Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro |
| PNAS | Política Nacional de Assistência Social |
| PROERD | Programa Educacional de Resistência às Drogas e Violência |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| SC | Serviço comunitário |
| SEMPS | Secretaria de Promoção Social e Combate à Pobreza |
| SGD | Sistema de Garantias de Direitos |
| SGE | Sistema de Gerenciamento Estatístico |
| SIH | Sistema de Informações Hospitalares |
| SIM | Sistema de Informação sobre a Mortalidade |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SIPIA | Sistema de Informação para a Infância e Adolescência |
| SN | Serviço Neurológico |
| USF | Unidade de Saúde da Família |
| VIJ | Vara da Infância e Juventude |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 REVISÃO DA LITERATURA | 14 |
| 2.1.VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS: COMPREENDENDO PROBLEMAS E NECESSIDADES | 14 |
| 2.2.PROTEÇÃO A CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: CONSTRUINDO RESPOSTAS SOCIAIS | 21 |
| 2.3 INTERSETORIALIDADE | 35 |
| 3 POLÍTICAS DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA NO BRASIL | 44 |
| 4 ELEMENTOS CONCEITUAIS E TEÓRICOS | 58 |
| 4.1 FAMÍLIA | 58 |
| 4.2 ECOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO E OS CONTEXTOS DE DESENVOLVIMENTO | 61 |
| 4.3 UMA APROXIMAÇÃO DAS NOÇÕES DE RESILIÊNCIA, FATORES DE RISCO E FATORES DE PROTEÇÃO | 64 |
| 4.4 LINHA DO CUIDADO | 69 |
| 4.5 ITINERÁRIOS DE CUIDADO | 71 |
| 5 DESENHO DO ESTUDO, CONTEXTO E PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS | 75 |
| 5.1 CONTEXTO DE ESTUDO | 76 |
| 5.2 PROCEDIMENTOS DE PRODUÇÃO DE DADOS | 77 |
| 5.3 PARTICIPANTES | 79 |
| 5.4 INSTRUMENTOS | 80 |
| 5.5 ANÁLISE | 81 |
| 5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 81 |
| 6 EXPERIÊNCIAS FAMILIARES COM VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS | 83 |
| 6.1 FAMÍLIA VIANA | 83 |
| 6.2 FAMÍLIA SILVA | 93 |
| 6.3 FAMÍLIA DIAS | 104 |
| 6.4 FAMÍLIA RIBEIRO | 115 |
| 6.5 FAMÍLIA MATOS | 128 |
| 7 A REDE DE SERVIÇOS | 140 |
| 7.1 O CONSELHO TUTELAR | 140 |
| 7.2 SEGURANÇA PÚBLICA, JUSTIÇA E DIREITOS HUMANOS | 161 |
| 7.3 SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO | 176 |
| 7.4 SERVIÇOS DE SAÚDE | 198 |
| 7.5 ASSISTÊNCIA SOCIAL | 214 |
| 7.6 SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA | 225 |
| 8 DISCUSSÃO | 243 |
| 8.1 PROCESSOS DE RESILIÊNCIA NOS CONTEXTOS ECOLÓGICOS DAS FAMÍLIAS | 243 |
| 8.2 AS RESPOSTAS SOCIAIS ACESSADAS DIANTE DA VIOLÊNCIA: OS ITINERÁRIOS DE CUIDADO FAMILIARES | 250 |
| 8.3 A REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL E SAÚDE: TRAÇANDO UMA LINHA DO CUIDADO INTEGRAL? | 255 |
| 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 261 |
| REFERÊNCIAS | 264 |

| | |
|------------|-----|
| ANEXOS | 276 |
| ANEXO A | 277 |
| APÊNDICES | 282 |
| APÊNDICE A | 283 |
| APÊNDICE B | 284 |
| APÊNDICE C | 285 |
| APÊNDICE D | 286 |
| APÊNDICE E | 287 |

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a violência figura entre os principais problemas de saúde do Brasil e do mundo (MINAYO, 2007). Dados do Mapa da Violência indicam que a taxa de mortalidade por homicídio no Brasil em 2012 foi de 29 por 100 mil habitantes, destacando entre os jovens as principais vítimas (WAISELFISZ, 2014). Especificamente em Salvador, no mesmo ano, a taxa sobe para 60 por 100 mil habitantes, marcando a cidade como uma das capitais com maior crescimento nos homicídios e confirmando a demarcação das regiões metropolitanas como áreas de concentração dos homicídios (KILSZTAJN, 2005).

Apesar de ser reconhecida como um fenômeno presente em toda experiência da humanidade, a violência passa a ser considerada uma questão de saúde pública quando se reconhece que afeta a saúde e a qualidade de vida de indivíduos e coletividades. O tema tem levantado discussões sobre a sua prevenção e o enfrentamento das consequências sobre as suas vítimas (MINAYO, 2007).

Enquanto fenômeno sócio-histórico de relevância crescente para as ciências e a opinião pública, a violência é abordada através de uma diversidade de definições e perspectivas. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (KRUG, E. G. *et al.*, 2002 p. 5) a define como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Porém, Stanko (2003) salienta que “violência” é um termo ambíguo, cujo uso é adaptado de diversas formas pelos sujeitos, para nomear um amplo escopo de eventos e sentimentos. O significado da violência está submerso no contexto em que ela ocorre. As mensagens que transmite são captadas através desse contexto, e têm possibilidades de compreensão que variam de acordo com a idade, o gênero, a orientação sexual, a identidade e a história pessoal de quem a sofre.

Dessa forma, demonstra a ampla variação intersubjetiva e intercultural do que é este fenômeno: nem toda violência é condenada, punida ou objeto de desaprovação

geral, chamando a atenção para uma mudança nas sociedades dos discursos e atitudes acerca de certas formas de violência (STANKO, 2003).

No Brasil, a relevância da violência tem se traduzido em políticas públicas de âmbito nacional, estadual e municipal (BRASIL, 2001; BAHIA, 2009; PAIM; COSTA; VILASBÔAS, 2009; BRASIL, 2010). Estudos que analisam tais iniciativas destacam a falta de modelos de atendimento às vítimas e pontuam a dificuldade de mobilização de atores e instituições para cooperação, resultando em deficiência de articulação da rede intersetorial de prevenção, cuidado e acompanhamento (MINAYO; DESLANDES, 2009; PAIM; COSTA; VILASBÔAS, 2009; LIMA *et al*, 2010; PAXÃO; DESLANDES, 2010; DESLANDES *et al*, 2012).

Especificamente a violência contra crianças tem crescido nas últimas décadas: uma queda significativa da mortalidade por causas naturais nesta fase do desenvolvimento foi acompanhada por um aumento nas causas externas, que alcançaram a metade das causas de mortalidade em 2010 (WAISELFISZ, 2012). De 2010 a 2014, a mortalidade por violência na Bahia foi de 3,7/ 100 mil habitantes entre os meninos, e de 2,6/100 mil habitantes entre as meninas, sendo que destes, 46% foram vitimados por armas de fogo (BARRETO, 2015).

A violência contra crianças e adolescentes tem sido definida como “todo ato ou omissão cometidos por pais, parentes, outras pessoas ou instituições, capazes de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima” (MINAYO, 2001 p 92). Tem como principal especificidade a sua vinculação ao processo educativo, como instrumento de socialização (MINAYO, 2001), que faz com que muitas vezes seja considerada comum, ou uma questão privada da família, onde não caberia intervenção externa.

A Organização Mundial de Saúde distingue quatro tipos principais de violência contra a criança: abuso físico, sexual, emocional ou psicológico, e negligência (KRUG *et al*, 2002). As consequências são danos físicos diversos e prejuízo ao crescimento, desenvolvimento e maturação, sendo a violência física aquela apontada como mais frequente (BAZON, 2008; COSTA *et al*, 2007; DE ANTONI; BARONE; KOLLER, 2007; AMPARO *et al*, 2008; CARVALHO *et al*, 2009; MASCARENHAS *et al*, 2010).

Estudos que abordam a violência contra crianças têm apresentado dois focos principais: as consequências do agravo e os fatores de proteção e de risco presentes no seu ambiente; e a avaliação dos serviços de atenção e as perspectivas dos

diferentes profissionais sobre sua atuação diante deste problema. As pesquisas com foco nos fatores de risco e proteção dentro dos diferentes contextos de desenvolvimento, abordam em profundidade características da história e práticas familiares que podem funcionar como fatores de risco ou de proteção no processo de resiliência (DE ANTONI; KOLLER, 2010; ALVES; EMMEL, 2008; DE ANTONI; BARONE; KOLLER, 2007). Os mesmos estudos, porém, tendem a tomar a mera existência de serviços sócio-assistenciais como fatores de proteção, e raramente problematizando questões do funcionamento de tais serviços e do acesso das famílias aos mesmos.

Saliente-se o destaque dado ao setor saúde, principalmente a atenção primária e os serviços de emergência, como dispositivo para detecção de casos de violência contra crianças. Porém, encontram-se múltiplos entraves à notificação pelo profissional de saúde, tais como despreparo para identificar os casos, falta de protocolos (GOMES *et al*, 2002) e medo de represálias quando da notificação (GARRIDO, 2004; BISPO, 2011; SOARES, 2012). Na relação com serviços de outros setores, ressaltam-se como entraves a superposição de ações e a desconfiança em relação a como outros setores vão lidar com o caso (GOMES *et al*, 2002; SHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2006; MOURA; MORAES, REICHENHEIM, 2008; MASCARENHAS *et al*, 2010).

Há uma tendência atual em estudos e políticas públicas de abordar a atenção às situações de violência dentro de uma rede, fazendo referência a um conjunto de instituições da gestão pública empenhadas em um planejamento de ações articuladas (NJAINÉ *et al*, 2007; PAIM; COSTA; VILASBÔAS, 2009) ou ao conjunto dos serviços com os quais o sujeito lida ao enfrentar uma situação de violência (HABIGZANG *et al*, 2006; KISS; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2007; COSTA *et al*, 2010; HABIGZANG; RAMOS; KOLLER, 2011; SANTOS; COSTA, 2011).

Nesse sentido, algumas questões ainda necessitam de uma exploração em pesquisa: qual a trajetória de famílias com história de violência doméstica após notificação ao Conselho Tutelar? A existência de serviços da rede de proteção e de saúde, do Estado ou da sociedade civil, é suficiente para garantir a proteção às crianças? Quais as características da relação da família com tal rede de proteção que podem favorecer (ou não) a superação da situação de violência pela família e o desenvolvimento saudável da criança?

A presente pesquisa tem como objetivo analisar problemas e necessidades sociais de saúde de famílias de um bairro popular de Salvador-BA com história de violência intrafamiliar contra crianças, destacando as respostas sociais acessadas. Especificamente, visa descrever a experiência de famílias no cuidado a crianças com história de violência intrafamiliar, identificar processos de resiliência, risco e proteção nestas famílias, analisar possíveis linhas de cuidado e/ou itinerários de cuidado percorridos por crianças vítimas de violência intrafamiliar e caracterizar os serviços de proteção social e da saúde utilizados no cuidado a estas crianças.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS: COMPREENDENDO PROBLEMAS E NECESSIDADES

Ao buscar compreender o problema da violência doméstica contra crianças na população brasileira, uma ampla gama de estudos traz informações quantitativas, salientando sua ocorrência na população em geral ou o tipo de violência mais comum. Na região nordeste, e especificamente na Bahia, destacam-se os estudos de Costa e colaboradores (2007), o de Carvalho e colaboradores (2009), e o de Barreto (2015).

Ao estimar a prevalência de diferentes formas de violência contra crianças e adolescentes registradas nos conselhos tutelares e associação por faixas etárias e vínculo com o agressor no município de Feira de Santana, Costa e colaboradores (2007) analisaram 1293 registros de ocorrência nos dois conselhos tutelares da cidade, nos anos de 2003 e 2004. O estudo demonstrou que o maior número de denúncias foi feito para negligência (727), seguida de violência física (455), psicológica (374) e sexual (68). Ao abordar as instâncias da rede de proteção – seja nas denúncias ou nos encaminhamentos – as autoras destacam a fraca participação das instituições que deveriam compor a rede. No que diz respeito às denúncias, o estudo demonstrou que a maior parte delas foi anônima (30,8%), de mães (21,2%) e de pais (14,9%), sem relevância das instituições educacionais e de saúde neste momento. Quanto aos encaminhamentos para as instâncias de atendimento da rede, foram registrados 487 casos, sendo que para cerca da metade destes não havia detalhamento nos prontuários. Demonstraram, portanto a existência de um trabalho fragmentado nos conselhos tutelares, e concluíram haver necessidade de inclusão de

um sistema de referência e contra-referência das instituições de atendimento da rede para efetivo acompanhamento dos casos.

Em estudo de corte transversal em uma delegacia especializada na proteção de crianças e adolescentes, em Salvador-BA, Carvalho e colaboradores (2009) buscaram descrever as ocorrências de maus-tratos, delineando os tipos de violência e o perfil sócio-demográfico dos envolvidos (vítimas, denunciantes e agressores) num período de 3 anos. As autoras observaram que, das 2.073 ocorrências investigadas, 64,7% dos casos eram de abuso físico, 28,3% de agressão psicológica e 16,5% de abuso sexual. Quanto aos denunciantes, destacaram que nenhuma das ocorrências foi feita a partir de denúncia de profissionais de saúde, o que pôs em discussão o cumprimento da notificação obrigatória de casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, preconizado no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Barreto (2015), ao analisar as informações sobre a violência praticada contra crianças, disponíveis nos bancos de sistemas públicos de informação dos setores da saúde e segurança na Bahia (2008-2014), concluiu que há maior risco de ser vitimada por violência entre as crianças residentes em Salvador comparado às crianças residentes em municípios com população menor ou maior do que 100 mil habitantes. A autora encontrou 208 registros de óbito no SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade), 5962 internações de crianças por violências no SIH/SUS (Sistema de Informação Hospitalar), 3981 casos notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e 7836 casos de violência física contra crianças no SGE (Sistema de Gerenciamento Estatístico).

Assinala que, embora as principais vítimas nos registros de óbito e de hospitalizações sejam do sexo masculino (59,6% e 63,6%), nas notificações (SINAN)

são do sexo feminino (55,4%). Entre os encaminhamentos após notificação (SINAN), tiveram destaque os conselhos tutelares (60,8%). A autora concluiu que os sistemas estudados permitem caracterizar a violência contra crianças de 0 a 11 anos na Bahia, porém todos eles apresentam falhas na qualidade dos dados, como ausência de variáveis relevantes e inconsistência dos registros (BARRETO, 2015).

Entre os estudos qualitativos que tratam da violência contra a criança, destacam-se aqueles que abordam o processo de vitimização da perspectiva da vítima (DE ANTONI; KOLLER, 2000; COUTINHO; SANI, 2010; GABATZ *et al*, 2010; 2010b), da família (TELLES; SAROKA; MENEZES, 2008) ou de ambos (MARTINS *et al*, 2007; ALVES; EMMEL, 2008; DE ANTONI E KOLLER, 2010). A maior parte deles foi realizado em contexto de abrigo da vítima sozinha ou juntamente com a mãe (DE ANTONI; KOLLER, 2000; MARTINS *et al*, 2007; COUTINHO; SANI, 2010; GABATZ *et al*, 2010; 2010b)

Apenas uma das pesquisas enfocava a perspectiva de pais em geral, não apenas abusivos. O estudo de Ribeiro e colaboradores (2007) buscava, a partir de grupos focais com um total de 29 pais, configurar medidas de disciplinamento de crianças e adolescentes adotadas por pais presentes em unidades de internação pediátrica. Foram evidenciadas dificuldades dos pais em educar efetivamente seus filhos, diante das quais a punição física aparecia como opção aceitável. Os pais são ambivalentes quanto ao uso do castigo físico, compreendendo as possibilidades de consequências físicas e emocionais para os filhos (baixa auto-estima, comportamento depressivo, fobias) e para eles mesmos (frustração, arrependimento). Nessa perspectiva, as autoras sugerem a necessidade de colocar a família como objeto de cuidado, não apenas o indivíduo e não apenas as lesões físicas.

Utilizando um estudo de caso com uma família atendida em um serviço de psicologia, De Antoni e Koller (2010) buscaram compreender o fenômeno da violência física, considerando certos fatores de risco e de proteção identificados no contexto de desenvolvimento e na história da família. Os resultados demonstraram que a violência física e verbal era considerada uma forma legítima de comunicação e interação entre os membros, além de presente na história dos pais com a sua família de origem. As autoras destacam fatores de risco relacionados ao contexto e à história familiar, tais como o casal ter tido filhos na adolescência, falta de expressões emocionais positivas e de afeto e como rede de suporte restrita.

As autoras salientam, ainda, a relação conflituosa com serviços formais que poderiam servir como fator de proteção, tais como a escola, o Conselho Tutelar (CT), a promotoria e o hospital. Sendo um estudo com foco na avaliação da família, destaca somente a resistência desta a aceitar contato com as instituições de suporte, sem refletir sobre fatores que contribuíram para tal comportamento. Nesse sentido, concluem sugerindo a realização de estudos específicos voltados para as redes primárias e secundárias (*mesossistema* e *exossistema*) e sua contribuição na proteção das famílias.

Utilizando a abordagem bioecológica da violência doméstica, Alves e Emmel (2008) traçaram considerações acerca do contexto de desenvolvimento de crianças vitimizadas a partir de narrativas de contos de fadas. Utilizaram, a metodologia, tanto a perspectiva dos cuidadores - a partir de entrevistas semi-estruturadas - quanto das crianças - a partir de contação de histórias e brincadeiras.

Em conformidade com outros estudos, destacam a ausência de uma rede de suporte (família, vizinhança e recursos sócio-sanitários) como fatores de risco para ocorrência e manutenção da violência doméstica. O trabalho materno apresentou

potencial tanto de risco quanto de proteção, em casos diferentes. Como conclusão, destacam o acompanhamento por equipamentos sociais e sanitários, principalmente o Programa de Saúde da Família (PSF), como medida protetiva a famílias em situação de vulnerabilidade social. Não discutem, porém, em que condições ou através de quais mecanismos estes dispositivos ofereceriam proteção efetiva.

Em outra tentativa de aplicar a teoria ecológica, Martins e colaboradores (2007) entrevistaram oito crianças e adolescentes institucionalizados e suas famílias para compreender as perspectivas dos diferentes sujeitos sobre a dinâmica familiar e os episódios de violência doméstica. Na definição de família dos pais agressores, destacava-se a importância dos laços consanguíneos, enquanto para as crianças, a afeição, a confiança e o sentimento de amor eram mais importantes. Observaram idealização dos papéis dos pais (vistos como compreensivos e cuidadosos) pelas crianças, além da compreensão por todos de uma prática educativa ideal, que não envolvesse agressão física. Na visão dos autores, isso demonstra uma reflexão das famílias sobre a disciplina a ser adotada e, portanto, um indicador de proteção contra novos episódios de violência. Como fator de risco, pontuam a ausência de um conjunto de sistemas e pessoas significativas que prestem apoio ou suporte material às famílias. Apesar dos participantes terem sido contatados a partir de uma instituição de atendimento a vítimas de violência, não foi discutido o papel desta na proteção às crianças.

Em estudo com adolescentes abrigadas vítimas de violência intrafamiliar, De Antoni e Koller (2000) buscaram investigar as visões de famílias e expectativas quanto ao futuro entre estas. Constataram entre as jovens, como fator de proteção, a percepção de família enquanto fonte de apoio e estabilidade. Como fatores de risco, destacaram a confusão nos papéis dos pais na criação, sem efetivo cumprimento dos

mesmos, a idealização da figura do pai e desgaste da relação com a mãe, atitudes autoritárias na relação entre irmãos e reprodução rígida, pela filha do papel de cuidadora doméstica da mãe. Destacaram a definição de família limitada à estrutura de parentesco e resistência ao ingresso de pessoas externas no núcleo familiar, entre parte das entrevistadas, o que denota isolamento, falta de suporte social adequado e, em consequência, vulnerabilidade do microssistema familiar.

Em pesquisa realizada em instituições de abrigo de mulheres vítimas de violência doméstica e seus filhos, em Portugal, Coutinho e Sani (2010) abordam em profundidade a situação específica de vitimização que é o testemunho de violência conjugal (muitas vezes em co-ocorrência com a violência contra a criança). Buscando a compreensão dos significados construídos por crianças sobre o processo de acolhimento, as autoras entrevistaram 9 jovens de 6 a 15 anos. Os resultados indicaram a percepção das crianças do abrigo como um espaço de segurança e apoio, vendo na equipe de profissionais a oportunidade de superação da situação e reorganização do projeto de vida familiar. Por outro lado, as autoras destacaram as dificuldades de ajustamento das crianças à instituição, que a tornavam potencialmente fator de risco ou de proteção ao desenvolvimento saudável delas.

Ainda destacando as experiências de crianças vítimas de violência intrafamiliar, Gabatz e colaboradores (2010; 2010b) buscaram compreender a perspectiva destas sobre os fatores relacionados à institucionalização e os significados de cuidado construídos por estas. Foi realizada pesquisa qualitativa com quatro crianças abrigadas em cidades do interior do sul do Brasil, utilizando dinâmicas de criatividade e sensibilidade. Observaram tendência das crianças a associar a institucionalização a transtorno mental da mãe, abuso de álcool e agressão.

Nos seus significados de cuidado, as crianças o traduzem em não-violência e higiene. Não incluem, portanto, na sua noção de cuidado, afeto, carinho e proteção, o que demonstra a escassez desses componentes nas relações familiares (GABATZ *et al*, 2010b). As autoras concluem destacando a importância de cuidado em rede, voltado à prevenção e que abarque toda família, não se limitando a repudiar o familiar que agride e institucionalizar a criança agredida (GABATZ *et al*, 2010).

A violência contra a criança associada a transtorno mental parental também é destacada por Telles, Saroka e Menezes (2008), em estudo de caso de uma perícia psiquiátrico-forense de uma mulher após duplo filicídio e tentativa de suicídio. Embora não neguem a dimensão multifatorial da violência familiar, os autores salientam a relevância, no caso descrito, de doença mental grave não-tratada e tentativa anterior filicídio. Os autores, porém, não se propõem a problematizar o percurso da família na sua relação com agências de proteção (uma vez que houve agressão anterior), nem da agressora nas instituições de atenção à saúde mental.

Nessa revisão não exaustiva, observa-se, portanto, a ausência de estudos que abordem em profundidade as experiências familiares de violência não-fatal contra crianças no nordeste e na Bahia. Nesse sentido, há uma necessidade de pesquisas que abordem o percurso destas famílias no cuidado às crianças, enfatizando a disponibilidade e utilização de recursos institucionais e não institucionais.

Do mesmo modo, estudos que abordam os fatores de risco e proteção ao desenvolvimento das crianças em famílias com história de violência intrafamiliar, embora descrevam minuciosamente fatores individuais, familiares, históricos e culturais, não detalham a sua avaliação sobre a rede de suporte ou de proteção à qual essas famílias têm acesso. Os estudos limitam-se a considerar a existência de uma

rede social de suporte como fator de proteção, e a sua ausência como fator de risco, não problematizando os casos em que a rede deixa de realizar a sua função protetora.

2.2 PROTEÇÃO A CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA: CONSTRUINDO RESPOSTAS SOCIAIS

Além do foco sobre as experiências familiares com a violência, uma outra categoria relevante são os estudos que abordam a violência da perspectiva das respostas sociais. Foram destaque as pesquisas que tratam das perspectivas de profissionais sobre a violência doméstica e a questão da notificação (BAZON; FALEIROS, 2013; LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012; SILVA; FERRIANI; SILVA, 2012; LIMA; DESLANDES, 2011; GOMES *et al*, 2002) ou que fazem avaliações de serviços ou programas (WIRTZ *et al*, 2016; ESPÍNDOLA; BATISTA, 2013; SANTOS; COSTA, 2011; BRITO *et al*, 2005). Salientam-se ainda as pesquisas que se debruçam sobre a atuação do Conselho Tutelar (LIRA, 2014; PAULA 2014; CAMPOS, 2014; MALAQUIAS, 2013; MILANI; LOUREIRO, 2008;), ou que analisam as intervenções e o fluxo dos casos na rede de atendimento (CARVALHO, 2012; ELOY, 2012; HABIGZANG; RAMOS; KOLLER, 2011; MARTINS; JORGE, 2009; DE ANTONI; BARONE; KOLLER, 2007; HABIGZANG *et al*, 2006).

O estudo de Lima e Deslandes (2011) comparou o processo histórico e a prática da inclusão da notificação compulsória de violência sexual contra crianças e adolescentes no Brasil e nos Estados Unidos (EUA). Utilizou para tanto a análise bibliográfica e documental de leis, documentos e normativas sobre notificação compulsória da violência sexual contra crianças e adolescentes nos dois países. Discutiu a importância da notificação compulsória no contexto brasileiro (Portaria MS/GM no 1.968/2001), enquanto forma de acionar a rede de proteção social e, especificamente no âmbito do setor saúde, possibilitar uma análise epidemiológica

dos casos, influenciando na organização dos serviços e na formulação de políticas.

Ao comparar a inclusão da notificação nos dois países, as autoras concluem que:

a introdução da notificação para as situações de violência se insere no contexto brasileiro tardiamente, no entanto, a padronização das informações para todo o território permitirá caracterizar a violência ocorrida, os encaminhamentos realizados, entre outras informações, de acordo com suas especificidades regionais. Diferentemente dos EUA, onde há uma profusão de fichas e mecanismos diferenciados para o enfrentamento das violências, dificultando a caracterização padronizada dos casos. (LIMA; DESLANDES, 2011 p. 827)

Concluem que, nos dois países, a notificação é vista como um disparador do sistema de proteção às vítimas e uma forte influência na implantação de políticas públicas. É defendido, em ambos, um atendimento interdisciplinar e intersetorial, que articule a rede de atendimento a crianças, adolescentes e suas famílias, assim como aos autores da violência.

Em uma pesquisa descritiva acerca das respostas do setor saúde à violência contra crianças das nos países da América Latina e Caribe, Wirtz e colaboradores (2016) coletaram 22 protocolos nacionais de identificação e atenção à saúde de crianças sobreviventes de violência, abuso e negligência, e revisaram estudos sobre a prática dos serviços de saúde nas respectivas nações. As autoras constataram um significativo distanciamento entre as diretrizes nacionais e a atuação dos profissionais. Os protocolos analisados priorizavam as temáticas de identificação de sinais e sintomas de violência contra a criança, atendimento centrado no paciente para a vítima e tratamento imediato de lesões. A revisão sistemática da literatura demonstrou desconhecimento das diretrizes nacionais pelos profissionais, além de falta de treinamento, recursos e apoio para atender as vítimas, que desencorajam a adesão da equipe ao protocolo.

Por fim, observaram uma pobre articulação entre os serviços da saúde e de proteção social. Assim, sugerem o desenvolvimento de políticas públicas e protocolos baseados em evidências, que incluam na sua proposta treinamento para os profissionais, ferramentas de identificação, tratamento e cuidado e articulação com outros setores de serviços (WIRTZ *et al*, 2016).

Bazon e Faleiros (2013), ao abordar a identificação e notificação de maus-tratos infantis no setor educacional, realizaram estudo com 22 diretores/ coordenadores e 139 professores de escolas públicas do interior de São Paulo. A maioria dos participantes teve contato com casos de maus-tratos e os comunicou à direção. Na maior parte dos casos, a direção decidiu pela não notificação, por medo e falta de confiança no sistema de proteção. As autoras problematizam a defasagem entre o papel ideal preconizado pela lei - do setor educacional como parte do sistema de proteção – e a realidade da prática pelos profissionais.

Em pesquisa buscando analisar os desafios de profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) na abordagem da violência doméstica contra crianças e adolescentes, Lobato, Moraes e Nascimento (2012), realizaram entrevistas semi-estruturadas com 25 trabalhadores de 3 equipes de PSF. Os resultados indicaram associação, pelos participantes, entre violência doméstica e uso e tráfico de drogas, alcoolismo, pobreza e desestruturação familiar. Os profissionais referiram a ocorrência de casos de negligência, violência física e abandono, detectados principalmente através da comunicação com outras instituições, denúncias de vizinhos e visitas domiciliares. A ação a ser realizada após a detecção dependia da capacidade do profissional em discernir se “a negligência é da família ou do Estado” (LOBATO; MORAES; NASCIMENTO, 2012 p 1753), tarefa difícil diante de situações de extrema pobreza. As principais ações identificadas foram visitas domiciliares, grupos

educativos e ações intersetoriais (ainda frágeis). Porém, foram observados receios quanto à notificação e dúvidas sobre a responsabilidade e capacidade dos profissionais do PSF diante destes casos.

Também abordando a perspectiva de profissionais de saúde, Gomes e colaboradores (2002) realizaram pesquisa qualitativa com 17 profissionais de saúde (8 médicos, 2 assistentes sociais, 4 enfermeiras e 3 psicólogas). Os resultados sugeriram variação entre visibilidade e invisibilidade dos maus tratos no cotidiano dos atendimentos de saúde e entre crença e descrença na resolubilidade dos casos. Os autores discutem que a detecção e o encaminhamento dos casos são atravessados por aspectos emocionais dos profissionais, tais como dificuldade de lidar com o tabu da violência e fuga do estresse causado pela situação. Salientam, por fim a necessidade de articulação dos serviços com diferentes perspectivas disciplinares e ações institucionais, dependendo, para a resolubilidade dos casos, do conjunto das ações públicas sobre o problema.

Especificamente tratando do abuso sexual, Silva, Ferriani e Silva (2012) investigaram 17 sujeitos, entre juízes, assessores, técnicos e analistas judiciários da 1ª e 2ª Varas de Crimes Contra a Criança e o Adolescente, no Tribunal de Justiça de Pernambuco. As autoras constataram que os casos correm um percurso complexo, árduo e moroso, com no mínimo quatro anos para alcançar resolubilidade. Os entrevistados atribuíram a morosidade à precariedade de estrutura física, além falta de quantitativo e qualificação de servidores para atuarem em questões da infância e adolescência.

Espíndola e Batista (2013) apresentaram a atuação do *Programa Sentinela* de Blumenau-SC, mapeando seus fatores de assistência e vulnerabilidade. Os autores partiram da análise documental dos 30 prontuários de casos de violência sexual

atendidos pelo *Sentinel* e desligados do programa no segundo semestre de 2009. O resultados destacam, como fatores de assistência:

a credibilidade do programa, a realização de acolhimento em um ambiente de total respeito à criança ou adolescente, a variedade de tipos e de modalidades de atendimento utilizados, o atendimento com os cuidadores da criança ou do adolescente, a insistência para que a família compareça aos atendimentos, a verificação do meio no qual a criança ou adolescente está inserido (visita domiciliar), a articulação entre domínios legais, de saúde e de saúde mental, o desligamento do programa somente após a garantia dos direitos da criança ou do adolescente e as trocas de informações (laudos e relatórios) com o Conselho Tutelar. (p 610)

Como fatores de vulnerabilidade, destacaram a falta de planejamento e a não inclusão do autor da violência nas intervenções, a falta de informações relevantes em prontuário (avaliação inicial e descrição dos critérios de desligamento), e ausência de ação articulada do programa com outros serviços de proteção social e instituições que compõem o Sistema de Garantia de Direitos da criança.

Em pesquisa com pessoas atendidas por um serviço de atenção a famílias em situação de violência, Brito e colaboradores (2005) buscaram descrever e analisar a perspectiva das famílias sobre o evento e o tratamento recebido, além de avaliar o impacto da intervenção na intensidade da violência. O serviço em questão tem como objetivo “fortalecer laços afetivos e favorecer transformações positivas nas relações familiares, criando e melhorando as condições de cuidado dos adultos responsáveis pela criança” (p. 144). Foram entrevistadas 55 das 84 famílias acompanhadas na época do estudo. As autoras constataram, além de outras causas apresentadas, que 58% das famílias atribuíram as causas da violência a conflitos do casal, 51% a características da criança, 49% ao histórico de vida dos pais, 40% a dificuldade em colocar limites aos filhos e 32% ao alcoolismo. A maior parte das famílias (80%) avaliou que a intervenção do serviço colaborou para a redução ou interrupção do padrão abusivo de relacionamento intrafamiliar.

A violência física foi a mais notificada, e o pai foi um dos principais agressores. Sobre as medidas de proteção aplicadas, foi observado que elas são mais frequentes quando o pai é o agressor, sugerindo que este pratica formas de violência mais intensas. As formas de tratamento mais frequentes foram visitas domiciliares (voltadas ao adulto) e acompanhamento psicoterápico (voltado à criança), que é associado pelas autoras à dificuldade dos pais em reconhecer a necessidade de ajuda profissional. Concluem avaliando que o serviço foi capaz de provocar reflexão e modificação no contexto das relações afetivas familiares.

Em complemento às pesquisas que descortinam perspectivas profissionais sobre a violência e avaliam serviços de proteção, têm destaque estudos que se debruçam especificamente sobre o trabalho do Conselho Tutelar. Milani e Loureiro (2008), abordando as condições psicossociais de famílias e crianças em situação de violência doméstica três anos após ações de proteção, buscaram caracterizar as condições de risco psicossocial e as medidas de proteção aplicadas pelo Conselho Tutelar e comparar os recursos e adversidades de um grupo de famílias atendidas com um grupo de famílias sem história de notificação por violência doméstica. Trata-se de um estudo comparativo envolvendo 20 famílias com história de notificação e 20 sem, utilizando entrevista semi-estruturada, inventário de recursos do ambiente familiar e escala de eventos adversos.

Os resultados destacam a ocorrência de notificações principalmente por negligência, violência física e violência psicológica. As ações do Conselho Tutelar focavam na área social (programas de proteção social e sócio-educativos e abrigo temporário), de saúde mental (atendimento psicológico a crianças e tratamento de alcoolismo para pais) ou na jurídica (definição de guarda, pensão alimentícia e aplicações de sanções a pais após abuso físico severo). Salientam o fato de que as

medidas aplicadas pelos Conselheiros não respondiam somente às demandas denunciadas, mas a outras necessidades observadas por estes. Destacam, ainda, a necessidade de estudos que verifiquem a efetividade de encaminhamento e ações a médio e longo prazo.

Paula (2014), ao compreender as representações sociais de Conselho Tutelar (CT) construídas nas práticas discursivas dos conselheiros, concluiu que o CT funciona como “um dispositivo ideológico e propagandístico” pouco capaz de realizar as expectativas que se impõe sobre ele, de promoção de direitos, inclusão e cidadania. Observou uma sobreposição da esfera privada à pública, de modo que muitas das avaliações e julgamentos realizados são pessoais e morais. Tais julgamentos determinam as práticas e intervenções a serem realizadas, ocasionando constante conflito com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com culpabilização das vítimas, negação dos danos e justificativa do uso da violência. Por fim, assinala a tendência do CT reproduzir o mal que pretende combater, sendo acusado de atuar repetindo “o abandono, a negligência e o abuso de poder, ao conduzirem mal as investigações, os atendimentos às vítimas e os procedimentos adotados nas punições” (p 207).

Em um estudo sobre saberes e práticas dos conselheiros tutelares no enfrentamento à violência intrafamiliar contra a criança e adolescentes na Região Metropolitana de Fortaleza, Lira (2014), concluiu que os profissionais tinham conhecimento da legislação e de suas atribuições, além de boas relações com as famílias, o que favorecia a garantia de proteção e enfrentamento da violência. A autora destacou que, apesar da existência de serviços numa rede de proteção que cumpre com a sua função, o acompanhamento dos casos fica prejudicado pela comunicação deficitária entre estes e o Conselho Tutelar.

Ao analisar a atuação dos CTs diante de notificações de abuso e exploração sexual na cidade do Rio de Janeiro, Campos (2014) salientou a tímida atuação da equipe técnica, ausência de uma política de capacitação permanente, as deficiências de infraestrutura e a insuficiência de CTs para a demanda da capital. O autor salienta a precariedade dos registros em prontuário em relação ao acompanhamento de casa caso, o que sugere

pouco reconhecimento da importância da história singular nas decisões sobre o destino de criança e adolescentes, como se todas as histórias fossem iguais, se repetissem e, de tanto se repetir, ficassem naturalizadas, sem causar estranheza e problematizações necessárias (p 121).

Quanto ao Sistema de Garantia de Direitos, segundo o autor, há baixa integração dos CTs com serviços de saúde, como PSFs e principalmente Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi). No âmbito do sistema como um todo, o autor pontua a reduzida quantidade de serviços e a falta de “cultura de trabalho intersetorial” entre os poucos existentes, resultando em uma prática de “encaminhamentos para outros serviços como forma de atenção” (CAMPOS, 2014, p 120).

Também estudando a atuação de conselheiros tutelares diante de casos de violência sexual, Malaquias (2013) investigou o modelo de intervenção em um CT do Distrito Federal. A autora identificou, por um lado, aspectos que tornam tais profissionais agentes de proteção autênticos nas comunidades, como a vinculação, o compromisso e a sensibilidade para situações de vulnerabilidade social. Por outro lado, assinalou uma diversidade de obstáculos à sua atuação, relacionados a deficiências na capacitação, organização da rede e definição de competências. Discute-se que o conselheiro ora tem um papel de “mero ‘requisitador de serviços’, ora atua como ponte entre as famílias e os serviços ao considerar as competências das famílias e ao apoiá-las” (p 124), sendo que esta última extrapola as atribuições

definidas na legislação. Conclui, ao tratar da relação com a rede de atendimento e proteção, que há risco de alimentar “uma ilusão de que a família está verdadeiramente sendo atendida” (MALAQUIAS, 2013, p 135).

Por fim, tem destaque um conjunto de pesquisas que abordam a atuação da rede de proteção ou Sistema de Garantia de Direitos. Martins e Jorge (2009), buscando analisar o desfecho dado pela Vara da Infância e da Juventude de Londrina (PR) aos casos de violência contra crianças e adolescentes cinco anos após a notificação, analisaram 230 casos notificados pelo Conselho Tutelar ao órgão. As autoras constataram que os motivos de encaminhamento foram principalmente trabalho infantil e mendicância (54,5%), violência sexual (51,2%) e negligência (46,3%). Quarenta por cento dos processos foram arquivados, 31,7% ainda estavam em andamento e 1,7% resultaram em condenação do réu. Arquivamento ocorreu em casos de suspensão da situação de risco devido a medidas de tratamento ou afastamento do agressor, assim como acolhimento permanente da criança por outra família ou por membros não abusivos da mesma família. Nos processos que ainda estavam em andamento, as vítimas estavam em acompanhamento social, abrigo, ou sob guarda provisória de avós ou outras famílias.

Também com enfoque no trabalho do poder judiciário, o estudo de Eloy (2012) trata da credibilidade do testemunho da criança ao juiz após violência sexual. A autora consultou 51 processos judiciais pertencentes a comarcas de pequenas cidades paulistas, dos quais apresentou detalhadamente dois. A autora observou uma multiplicidade assistemática de intervenções institucionais, que interferem na narrativa da vítima. Embora tenha sido percebido o interesse das autoridades, de um modo geral, em preservar a criança de constrangimento e revitimização no ato do depoimento, o fluxo assistemático de ações, ocasionava que esta proteção nem

sempre fosse efetiva. A decisão sobre a forma de escuta da vítima e a inserção de psicólogo no processo variava em função do Magistrado ou Promotor em ação. Nos dois casos apresentados, diferiram nos sistemas de notificação e oitiva da vítima, que influenciaram diretamente no tempo dispendido no processo. O tempo decorrido entre a notificação, a formalização da denúncia e as posteriores declarações e avaliações contribuiu para a vítima ceder a pressões familiares e desmentir a história contada inicialmente.

Investigando a atuação dos serviços de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, através de 71 processos jurídicos do Ministério Público Estadual do Rio Grande do Sul, no período entre 1992 e 1998, Habigzang e colaboradores (2006) constataram a existência de uma diversa rede de atendimento, na qual se destaca o Conselho Tutelar. As autoras apresentam mapeamento, intervenções, dificuldades e facilidades de instituições que compõem a rede de proteção, tais como Conselho Tutelar, Ministério Público, Juizado da Infância e Adolescência e outras instituições (abrigos, polícias, serviços de saúde, serviços de atendimento psicológico e psiquiátrico, serviços de assistência social, etc). Questionam, porém a efetividade das intervenções, uma vez que a baixa articulação entre os serviços dificultava o cumprimento e acompanhamento das medidas de proteção, não funcionando, portanto, numa rede integrada.

A maior parte dos casos estudados permaneceu na rede de atendimento por mais de um ano, seja pela sua complexidade, seja pela morosidade no funcionamento do sistema. Dentre os 71 processos avaliados, apenas 11,7% foram efetivamente acompanhados.

No levantamento de fatores de risco e de proteção à criança ou adolescente vitimizado e sua família, destacam entre os fatores de proteção “a saída da vítima do

contexto abusivo, a revelação da violência sexual, o bom vínculo entre os familiares (família nuclear e/ou extensa), o bom vínculo entre a mãe e os filhos e a rede de apoio social” (HABIGZANG *et al*, 2006 p 384). Dentre os fatores de risco, salientam a negação da violência sexual pela família, a associação do abuso a outras formas de violência, o abuso de álcool e drogas, a dependência financeira do agressor, a falta de fiscalização quanto à medida de afastamento do agressor e a falta de efetividade da rede de apoio.

Ainda abordando a violência sexual contra crianças e adolescentes, Habigzang, Ramos e Koller (2011), ao analisarem os fatores de risco e de proteção nas medidas adotadas pela rede de apoio social e afetiva, concluíram que há medidas protetivas relevantes, com eficácia comprometida pela falta de comunicação e planejamento coordenado entre os diferentes serviços componentes da rede. As autoras entrevistaram 40 meninas vítimas de abuso sexual (entre 9 e 16 anos), utilizando roteiro especificamente desenvolvido para esta população.

Foi constatado que as principais medidas de proteção da rede das participantes incluíram denúncia, afastamento e punição criminal do agressor, além de abrigamento e encaminhamento da criança ou do adolescente para atendimento psicológico. Este último, porém, nem sempre tinha sucesso, pois a maior parte das vítimas ficava nas filas de espera por até seis meses para receber atendimento. Concluem ressaltando as funções de uma rede de suporte efetiva, tais como garantia de segurança e apoio social à vítima e ao cuidador não-abusivo, além de garantia de acompanhamento médico, psicológico, social e jurídico (HABIGZANG; RAMOS; KOLLER 2011).

O cumprimento das medidas protetivas também foi o foco do estudo de Santos e Costa (2011). As autoras buscaram avaliar os aspectos de resolubilidade das ações de enfrentamento da violência sexual, tomando como base a aplicação, pelo juiz, das

medidas protetivas constantes no ECA. Definem como resolubilidade, neste contexto, “a garantia do direito ao respeito, dignidade, liberdade, convivência familiar e comunitária e desenvolvimento de uma sexualidade saudável” (p 530), assim como o atendimento aos direitos violados na situação pós-revelação da violência (SANTOS; COSTA, 2011).

Foram analisadas histórias de violência sexual contidas em 40 pastas especiais (onde constavam os procedimentos de acompanhamento de crianças e adolescentes em situação de risco) autuadas na 1ª Vara da Infância e Juventude do Distrito Federal, com levantamento das medidas sugeridas e contato com as instituições responsáveis pelo seu cumprimento. No conjunto das pastas analisadas foram encontradas 88 sugestões de medidas protetivas, feitas por psicólogos e assistentes sociais após conclusão de estudo psicossocial, dentre as quais foram cumpridas totalmente apenas dezessete (SANTOS; COSTA, 2011).

As autoras destacam o longo lapso temporal entre a denúncia e a determinação de ação protetiva pelo juiz (7,4 meses), ao qual soma-se o período para efetivação da medida. Ao entrar em contato com as instituições demandadas para cumprimento das medidas sobre a resolução ou não de cada caso, foram referidas justificativas tais como: não realização da ação, a despeito do recebimento do ofício; não localização de prontuário; não comparecimento ou adesão da família por falta de recursos financeiros; e alta demanda no serviço, levando a família a aguardar na lista de espera por mais de um ano. A partir dessa análise, concluem que o órgão estudado é parte de uma rede de proteção desconexa, dependendo, para sua efetividade, do bom funcionamento de outras instituições (como hospitais e Centros Especializados de Assistência Social CREAS), que por sua vez sofrem com escassez de recursos humanos, financeiros e logísticos.

Carvalho (2012), ao analisar a atuação dos órgãos componentes do Sistema de Garantias dos Direitos (SGD) frente às situações de violência denunciadas ao Conselho Tutelar em um município do Rio de Janeiro, concluiu que as instituições têm no encaminhamento a base do processo de articulação. Embora os atores se referissem como parte de uma rede, havia falta de comunicação e de coresponsabilidade entre as ações dos diferentes serviços. No mapeamento o Conselho Tutelar foi considerado central e único responsável pelo acionamento da rede, com pouco ou nenhum contato dos outros serviços entre si. As avaliações dos atores assinalaram como pontos positivos da rede aspectos referentes aos profissionais (comprometimento) e como pontos negativos questões de estrutura e recursos humanos.

Abordando a implementação do Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento da Violência Sexual em Feira de Santana (BA), com atenção especial ao fortalecimento e atuação da rede de instancias envolvidas, Costa e colaboradores (2010) realizaram estudo com profissionais da rede de atendimento, comissão local do PAIR e representantes da comunidade. Os autores concluíram que há necessidade de investimento na integração da rede (Conselhos de Direitos, Conselhos Tutelares, Centro de Referência, entre outros), na implementação de programas de intervenções e principalmente em educação continuada para gestores e técnicos. Tal destaque é dado pelo fato dos recursos humanos da rede serem considerados o principal elo entre as vítimas, famílias, agressores e sistema social, sendo os principais responsáveis pela articulação interinstitucional em todo o percurso do processo.

Ao estudar famílias com denúncia de abuso físico parental, De Antoni Barone e Koller (2007), identificaram como fatores de risco os papéis familiares; as patologias;

as práticas educativas e os comportamentos agressivos. Como indicadores de proteção apontam a rede de apoio social e afetiva; a valorização das conquistas e desejo de melhoria futura apresentado pela família.

Especial destaque é dado para as famílias com crianças portadoras de necessidades especiais, as quais apresentam ao mesmo tempo o risco - pelos pais incapazes de lidar com esta condição e crianças com pouca possibilidade de defesa -, e a proteção oferecida pela rede de serviços de atendimento frequentada pela criança. As autoras referem como rede de apoio o conjunto dos locais e pessoas junto aos quais as famílias buscam auxílio moral, emocional ou financeiro. Das famílias do estudo, 75% relataram existirem locais ou instituições nas quais encontram apoio frequente, tais como hospitais, postos de saúde, conselhos tutelares e ONGs (DE ANTONI; BARONE; KOLLER, 2007).

Estudando especificamente redes de prevenção e proteção em situação de violência, da perspectiva dos seus componentes, Njaine e colaboradores (2007) realizaram estudo de caso de duas redes no sul do país, uma com ações nas áreas de saúde, educação e assistência social, e a outra concatenando o Ministério Público com setores governamentais e não governamentais. As autoras constataram que, especialmente no primeiro caso, a rede tem o potencial de fortalecer e formalizar a cooperação (que muitas vezes ocorre informalmente) entre diferentes setores no nível local. Por outro lado, a participação na rede era mais intensa na coordenação municipal e regional, sendo apresentado no nível local menor assiduidade dos representantes às reuniões, apoio corresponsabilização e fluxo de informação. Concluíram que os principais constrangedores ao funcionamento do trabalho em rede são “disparidade de compreensão; divergências políticas; vaidades pessoais; conflitos de papéis entre as entidades participantes; rotatividade dos profissionais que atuam

nas instituições parceiras; diferentes ritmos de trabalho; e incompatibilidade de quadros referenciais de vida” (p. 1320).

As pesquisas aqui apresentadas, ao abordarem os serviços e as ações realizadas da perspectiva das famílias afetadas, estas são representadas apenas por seu prontuário, de modo que o estudo não alcança a profundidade de compreensão necessária ao problema. Mesmo investigações que buscam estudar a trajetória das famílias na rede de proteção ou a sua avaliação sobre os serviços, não tentam integrar as duas perspectivas – da família e dos serviços – de modo a ter uma compreensão integral da questão

Do mesmo modo, observa-se uma variedade de estudos abordando a violência da perspectiva dos diferentes profissionais. Discutem-se os significados construídos em torno da violência, os fatores que contribuem para a notificação ou não, as ações de tais profissionais e os limites encontrados para uma intervenção efetiva. É destacada de forma recorrente a ação interinstitucional e intersetorial como facilitadora de uma intervenção efetiva. São limitados, porém os estudos que abordam ao mesmo tempo as perspectivas e ações de instituições de mais de um setor as tomando em profundidade.

2.3 INTERSETORIALIDADE

A intersetorialidade diz respeito à articulação de saberes e experiências voltadas para o planejamento, execução e avaliação de ações, buscando alcançar resultados integrados para problemas complexos, com conseqüente desenvolvimento e superação da exclusão social (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1997). Em termos práticos, refere-se ao “processo em que os objetivos, as estratégias e os recursos de cada setor se consideram segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias,

atividades e recursos dos demais setores” (OPS/OMS, 1992 *apud* TEIXEIRA; PAIM, 2000 p 64)

Junqueira (2004) destaca o potencial da ação intersectorial para superar a fragmentação das políticas públicas, através da aprendizagem e determinação dos sujeitos, resultando em uma “gestão integrada, capaz de responder com eficácia à solução dos problemas da população de um determinado território, saindo, entretanto, do âmbito da necessidade para o da liberdade” (JUNQUEIRA, 2004 p 27). Atenção é dada, ainda para a amplitude do conceito, englobando, além das políticas sociais, dimensões como infra-estrutura e ambiente, que mediam as relações entre diversos segmentos sociais num dado território (JUNQUEIRA, 1998).

Entende-se que a intersectorialidade, por incorporar a ideia de integração, território e equidade, possibilita uma atuação sobre os problemas, necessidades e demandas sociais de forma mais aproximada da população. Desta forma, teria as vantagens de se aproximar mais dos problemas reais, no contexto em que acontecem, além de incorporar as perspectivas dos diferentes atores sociais envolvidos no seu enfrentamento (JUNQUEIRA, 2000; TEIXEIRA; PAIM, 2000; JUNQUEIRA, 2004).

No campo sanitário, a “ação intersectorial para a saúde” tem sido compreendida como “uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor, que se tenha formado para atuar em um tema visando alcançar resultados de saúde (ou resultados intermediários de saúde) e uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável, do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só” (WHO, 1997 p 3). Neste sentido, a articulação com outros setores tem sido apresentada como obrigação das instituições de saúde, e função dos seus profissionais na Promoção da Saúde (BRASIL, 2006), redução das desigualdades sociais (BRASIL, 2007), controle da violência (BRASIL, 2001), entre outras. Com as

alterações ao ECA em 2014 e 2016 a proposta de intersetorialidade passou a fazer parte também da política de garantia dos direitos das crianças e adolescentes (BRASIL, 2014; BRASIL, 2016).

Embora reconhecendo a relevância de se partir dos problemas da população para a ação intersetorial, Teixeira e Paim (2000) reorientam o foco para o processo de planejamento e programação, como espaço potencial para compartilhamento de poder e articulação de interesses, saberes e práticas das organizações envolvidas. Nesse sentido, destacam a utilidade do enfoque estratégico para o planejamento e gestão intersetorial, uma vez que este assume uma noção de situação constituída por diversos sujeitos, supondo, portanto, uma

[...] pluralidade de “planejamentos”, isto é, o reconhecimento de que todos os atores sociais planejam (mesmo que não escrevam planos), isto é, tomam decisões e estabelecem cursos de ação voltados à consecução de seus objetivos. Para a articulação de uma ação intersetorial, este ponto de vista, que implica o reconhecimento do outro, é um ponto de partida essencial, porque estabelece um patamar de relacionamento entre as instituições dos diversos setores, fundado no respeito às diferenças de concepções, de capacidades gerenciais e operativas e até de interesse no desenvolvimento do processo de planejamento conjunto. (Teixeira; Paim, 2000, p 69)

No âmbito das práticas dos sujeitos e comunicação interinstitucional, discute-se a noção de rede intersetorial, compreendendo a “articulação objetiva das ações interinstitucionais e a interação entre seus agentes, além da presença de canais definidos de comunicação entre os serviços” que compõem um conjunto de serviços que tratam de um problema comum (KISS; SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 2007, p 486).

Schraiber e colaboradores (2012) destacam a diferença entre “trama” e “rede” (p 240), na qual a primeira implicaria apenas a somatória ou justaposição de intervenções entre os serviços. A rede, por outro lado, implicaria três princípios organizadores básicos, quais sejam “articulação das ações profissionais”, interação e comunicação dos profissionais e “integração entre os serviços enquanto instituições

de diferentes setores” (SCHRAIBER *et al*, 2012 p 244). Outros autores destacam como pressuposto para a construção de uma rede intersetorial uma linguagem integradora entre os campos profissionais e institucionais envolvidos (MACHADO; PORTO, 2003), além da permeabilidade das instituições para refletirem criticamente sobre os papéis umas das outras, reconhecendo suas potencialidades para a produção de soluções inteligentes (FEUERWERKER; SOUSA, 2000 *apud* PAULA; PALHA; PROTTI, 2004).

Por fim, salienta-se que a construção de uma rede intersetorial deve ser um esforço intencional projetado num duplo sentido:

Um primeiro, o de ajustar definições e projetos, unificar campanhas e discussões e produzir a assistência em conjunto. Um segundo sentido seria o de construir a interação/ comunicação interinstitucional. Para ambos, há que se criar ativamente protocolos assistenciais e ferramentas tecnológicas compatíveis (KISS; SCHRAIBER; D’OLIVEIRA 2007, p 499)

Ao tratar da execução das ações intersetoriais, outros autores colocam o foco sobre o processo de trabalho empreendido pelos profissionais envolvidos nestas intervenções (SUCUPIRA, 1998; MORETI *et al*, 2010). Destaca-se a necessidade de diálogo, corresponsabilidade e cogestão pela melhoria da qualidade de vida da população no cotidiano de interação dos setores (MORETI *et al*, 2010). Considerando as diversas formas de se definir, justificar e produzir ação intersetorial aqui discutidas, estudos têm sido feitos no sentido de descrever e analisar tais experiências, destacando aspectos facilitadores e limitadores da implantação de ações intersetorial (NOBRE, 2003; KISS; SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 2007; MAGALHÃES; BODSTEIN, 2009; GIOVANELLA *et al*, 2009; PAIM; COSTA; VILASBÔAS, 2009; MORETTI *et al*, 2010; FERREIRA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010; SCHRAIBER e al, 2012; SOUSA, 2014).

Ao apresentar e refletir sobre um programa de prevenção e erradicação do trabalho infantil, Nobre (2003) descreveu tal programa desde o seu planejamento e

discutiu os desafios da prática da intersectorialidade e o papel do setor saúde no processo. Houve um esforço na definição de objetivos comuns e um processo participativo de planejamento e definição de atribuições, porém a adesão de cada instituição foi diferenciada. Esta diferenciação foi atribuída pela autora ao fato de que as instituições tinham compreensões diversas sobre o objeto de trabalho, o seu papel e o das demais. Do mesmo modo, algumas ações e atribuições pactuadas no planejamento conjunto não eram priorizadas nos planos internos de cada instituição, resultando em não execução de algumas ações planejadas.

Em um estudo sobre a avaliação das iniciativas de construção de arranjos intersectoriais no âmbito das políticas públicas de saúde e de proteção social, Magalhães e Bodstein (2009) utilizaram como exemplos o programa de Desenvolvimento Local Sustentável de Manguinhos e o Programa Bolsa Família. Concluíram que os principais obstáculos para implementação de ações intersectoriais estão relacionados com a diversidade de agendas trazida para a negociação por cada representante setorial. A intersectorialidade no plano da macro-negociação e da formulação da proposta tem maior participação e efetividade, porém, a sustentabilidade das iniciativas é baixa, permeada por disputas políticas, interesses eleitorais e baixos níveis de adesão ao diálogo e pactuação de agenda.

Buscando discutir as potencialidades e abrangência da Saúde da Família como estratégia de atenção primária em saúde, Giovanella e colaboradores (2009) analisaram a implementação da estratégia em quatro municípios, focando a integração à rede assistencial e à atuação intersectorial. A partir da análise integrada dos âmbitos da gestão do sistema de saúde, do processo de trabalho dos profissionais e do cuidado recebido pelas famílias, os autores concluíram que as iniciativas de atuação intersectorial mais abrangentes foram aquelas que respondiam a uma política

municipal e, principalmente, que transcendiam o setor saúde, sendo coordenadas por outros setores. Considerando que os municípios com melhor integração e qualidade da rede assistencial apresentavam menos ações intersetoriais e comunitárias, discutiu-se um possível antagonismo entre integração da rede assistencial e investimento em articulação intersetorial.

Numa pesquisa de metodologia mista abordando as ações intersetoriais desenvolvidas pelas equipes de saúde bucal na rede Municipal de Saúde de Curitiba (PR), Moretti e colaboradores (2010) constataram que, embora muitos profissionais referissem ter realizado atividades desse tipo, não era identificável a existência de interlocução, planejamento e vínculos de corresponsabilidade com outros setores na maior parte delas. Foram discutidos obstáculos percebidos pelos atores para a realização de ações intersetoriais, tais como dificuldade de conciliar os tempos institucionais, o comprometimento e envolvimento setorial, a sustentabilidade das ações, e a falta de protocolos para o desenvolvimento destas.

Ao analisar os processos envolvidos na implantação das ações intersetoriais do Projeto de Redução da Mortalidade na Infância (PRMI) num município baiano, Ferreira e Vieira-da-Silva (2010) constataram uma implantação incipiente da estratégia, atribuída a um conjunto de obstáculos relacionados ao projeto de governo, ao poder local, à capacidade de governo, à governabilidade, entre outros. Não houve incorporação da estratégia intersetorial como parte do projeto de governo municipal. Nos três níveis estudados (Municipal, Regional e Estadual), ocorreu adesão formal e pouca importância e prioridade dadas ao projeto, e os técnicos nomeados para compor os grupos de trabalho intersetoriais não tinham autonomia para decidir.

Num estudo de caso exploratório num município da Bahia, Sousa (2014) analisou a ação intersetorial entre saúde e educação utilizadas no processo de

implementação do Programa Saúde na Escola, tanto no âmbito político-gerencial quanto no âmbito das práticas. Os resultados demonstraram que a intersectorialidade é pouco compreendida e praticada, de modo que há reduzido conhecimento dos conceitos e elementos envolvidos na ação intersectorial e baixa participação do setor educacional na tomada de decisões, alocação de recursos e realização das ações. Não foi identificado um planejamento estruturado das ações. A articulação intersectorial nos dois âmbitos estudados mostrou-se frágil e limitada, não contato com um planejamento estruturado no nível político-gerencial e havendo apenas justaposição de ações sob liderança dos profissionais de saúde no âmbito das práticas.

No que tange à violência como objeto de ação intersectorial, têm destaque as pesquisas de Paim, Costa e Vilasbôas (2009), tratando do processo de formulação e implantação e de Kiss, Schraiber e D'Oliveira (2007) e Schraiber e colaboradores (2012), que colocam o foco sobre a articulação entre os serviços. Numa investigação que buscava analisar a formulação e os desdobramentos preliminares de uma política pública para o controle da violência no município de Salvador, Paim, Costa e Vilasbôas (2009) concluíram que a simples agregação de setores numa estrutura organizacional não basta para estimular a cooperação entre os indivíduos para ação coletiva.

Os autores argumentam que embora tenham sido empregados mecanismos para articular os diferentes setores, como priorização do tema da violência pelo prefeito e formação e mobilização dos atores para a cooperação voluntária, estes não foram suficientes. Foram fatores constrangedores da implantação da política intersectorial a multiplicidade de objetivos dos atores envolvidos na composição, a falta de uma rubrica do orçamento, interesses partidários diversos entre os secretários municipais, além da sua origem exógena do projeto – criado e estruturado sem a participação dos atores que comporiam o grupo responsável pela implantação (PAIM;

COSTA; VILASBÔAS, 2009).

Em um estudo qualitativo buscando compreender como os diversos serviços voltados para a violência contra a mulher e seus atores relacionam-se e integram-se, Kiss, Schraiber e D'Oliveira (2007) mapearam as unidades assistenciais de São Paulo e as dividiram e investigaram de acordo com os serviços oferecidos (Policial, Jurídica, Psicossocial Especializada e Orientações Básicas). As autoras concluíram que, apesar de haver interação constante como rede de encaminhamentos, a comunicação entre os serviços se limita a isso, não havendo uma definição de problema e proposta de atendimento compartilhadas entre setores diferentes.

Os profissionais reconheciam a necessidade de integração entre os serviços, porém não confiavam nas intervenções uns dos outros, segmentando a assistência. Apesar da desarticulação entre os serviços dos diferentes setores, havia um alinhamento da assistência jurídica com a policial e da assistência psicossocial com a de orientações básicas, no que diz respeito a definições do problema e projetos de intervenção, delimitando dois domínios assistenciais diversos (KISS; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2007).

Em outra publicação, analisando a atenção ofertada às mulheres em situação de violência por serviços e instituições pertencentes a diferentes setores de atuação na sociedade, Schraiber e colaboradores (2012) buscaram identificar potenciais e obstáculos para o funcionamento em rede destes serviços. As autoras listaram alguns desses obstáculos, que se traduzem em questões tais como: diversidade de vínculos, objetivos e culturas institucionais; autonomia completa dos setores; baixo reconhecimento mútuo e alta desconfiança entre os setores; relações pouco institucionalizadas e fluxo baseado em relacionamentos interpessoais; falta de

proposta assistencial específica para orientar os encaminhamentos; e instabilidade das políticas de governo e das gestões, que gera fragilidade dos serviços.

Portanto, embora a ação intersetorial seja apontada como estratégia em políticas públicas com objetos diversos, os estudos aqui apresentados demonstram limites tanto no âmbito da formulação de tais propostas a nível da gestão, quanto da sua implantação a nível da assistência. São limitadores importantes a baixa priorização pelo gestor, as divergências de agenda dos atores, o grau de adesão variável entre os setores, e a reduzida compreensão dos atores sobre definição operacionalização de uma ação intersetorial.

3 POLÍTICAS DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA NO BRASIL

A história da proteção à infância no Brasil remonta a 1726, quando surgiram rodas dos expostos, mecanismos que tinham por objetivo acolher os recém-nascidos abandonados. A iniciativa contava com apoio do governo e estímulos a famílias para que acolhessem as crianças, na forma de trabalhos domésticos prestados pelas mesmas em troca de alimento e moradia. A efetividade do sistema enquanto política de assistência à infância passou a ser questionada quando se constatou a alta mortalidade dos menores deixados nessas Rodas (CRUZ; HILLESHEIM; GUARESCHI, 2005; SIQUEIRA; DELL'AGLIO, 2006).

Apesar da alta mortalidade, as rodas dos expostos continuaram sendo a principal ação de proteção a crianças prevista pelo Estado até o Código de Menores de 1927. Mesmo esta única obrigatoriedade municipal para com a proteção das crianças foi flexibilizada pela “Lei dos Municípios”, em 1928, que abria a possibilidade de transferência desta responsabilidade para as Misericórdias (MARCÍLIO, 1999 *apud* CRUZ; HILLESHEIM; GUARESCHI, 2005).

O período crucial para compreender a proteção à infância no Brasil é o século XX, tendo se aproximado da realidade desta população através de três leis essenciais: o Código de Menores de 1927, o Código de Menores de 1979 e o Estatuto da Criança e do Adolescente/ECA de 1990.

Os dois Códigos de Menores não reconheciam a criança e o adolescente como sujeitos de direitos, mas abordavam a infância da perspectiva da situação irregular. Portanto, só cabia ao Estado intervir na realidade de crianças em situação de abandono ou delinquência, definidas como “menores”. O único diferencial trazido pelo Código de 1979 é a especificação, no seu artigo 2º, das situações nas quais o Estado

poderia intervir para prestar proteção, assistência ou vigilância ao menor (CRUZ; HILLESHEIM; GUARESCHI, 2005).

Vale salientar que, mesmo em 1979 posicionamentos diversos já estavam em luta sobre qual definição de infância e de proteção. Os debates que antecederam à alteração do Código de Menores se dividiram em duas posições: uma favorável e outra desfavorável à inclusão dos princípios da Declaração Universal dos Direitos da Criança (1959). Nesta declaração, ao contrário da doutrina da situação irregular (intervenção do Estado apenas em casos de abandono e delinquência), a infância é abordada a partir da doutrina da proteção integral, que enfatiza os direitos em geral, e os deveres do Estado e da Sociedade em provê-los.

Apesar do intenso debate, o segundo Código de Menores manteve a doutrina da situação irregular, e apenas com o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.8.069/90), a infância brasileira passou a ser abordada da perspectiva da proteção integral. No ECA, combinado ao respeito aos princípios da Declaração, estabelece alternativas de intervenção popular nas políticas de assistência e oferece diretrizes para a política de atendimento.

A legislação atual voltada para a proteção da criança tem como base a Lei 8069/90, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)¹. A lei define os direitos da criança e do adolescente, assim como as medidas de proteção e os responsáveis de aplicá-las. Dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, definidos como pessoa até 12 anos incompletos (criança) e pessoa entre 12 e 18 anos incompletos (adolescente).

¹Alterada pelas leis 8242/91, 9455/97, 9532/97, 9975/2000 107665/2003, 10764/2003, 11259/2005, 11829/2008, 12010/2009, 12015/2009, 12038/2009, 12415/2011, 12594/2012, 12696/2012, 12962/2014, 13010/2014, 13046/2014, 13106/2015, 13257/2016

Na primeira parte elenca cinco capítulos acerca dos direitos fundamentais - à Vida e à Saúde; à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade; à Convivência Familiar e Comunitária; à Educação, à Cultura, ao Esporte e ao Lazer; à Profissionalização e à Proteção no Trabalho - e as formas de garanti-los. Em seguida trata da prevenção à violação destes direitos. Na segunda parte, chamada de “parte especial”, trata da Política de Atendimento, das Medidas de Proteção, da prática de ato infracional, das medidas pertinentes aos pais ou responsável, do Conselho Tutelar e do Acesso à Justiça.

Ao contemplar o Direito à Vida e à Saúde, lista medidas que vão desde a garantia de assistência pré-natal às gestantes, condições adequadas para aleitamento materno e condições de prevenção e tratamento de doenças e agravos e hospitalização de crianças e adolescentes. Este capítulo sofreu alterações importantes desde a promulgação original do ECA, em 1990, a maior parte delas pela lei 13257/2016, que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera o ECA, o Código de Processo Penal, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), entre outras.

O artigo 11, por exemplo, passou da redação original que assegurava atendimento médico através do SUS, para a garantia de “atendimento integral” em 2005 (lei 11185). Em 2016, o mesmo artigo sofreu alteração na redação, introduzindo o termo “linhas de cuidado” ao se referir ao atendimento às necessidades de promoção, proteção e recuperação da saúde e adolescentes:

Art. 11. É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. (BRASIL, 2016).

O capítulo que trata do direito à vida e à saúde também é o primeiro a fazer referência à comunicação de maus tratos (BRASIL, 1990) e castigo físico, tratamento cruel ou degradante (BRASIL, 2014).

O capítulo II, Do Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade, traz a compreensão do direito à liberdade nos seguintes aspectos:

Art. 16. O direito à liberdade compreende os seguintes aspectos:
I - ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais;
II - opinião e expressão;
III - crença e culto religioso;
IV - brincar, praticar esportes e divertir-se;
V - participar da vida familiar e comunitária, sem discriminação;
VI - participar da vida política, na forma da lei;
VII - buscar refúgio, auxílio e orientação. (p 20)

Traz ainda a definição do direito ao respeito como “inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.” (p 20). No mesmo capítulo, determina como responsabilidade de todos a proteção da dignidade da criança e do adolescente, salvaguardando-os de tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

Este capítulo sofreu emendas ao seu artigo 18 com a lei 13010/2014, conhecida na sua origem como Lei da Palmada (PL 2654/2003; PL 7672/2010)² e na sua promulgação como Lei Menino Bernardo, que garante o direito da criança ou adolescente ser educado sem utilização de castigo físico e tratamento cruel ou

² O Projeto de Lei chamado de Lei da Palmada propunha alterações no ECA e no Código Civil (10406/2002) para proibir o uso de castigo físico de forma moderada ou imoderada no exercício do poder familiar. Foi alvo de críticas no âmbito jurídico, por supostamente interferir no direito dos pais de exercerem seu poder familiar sobre seus filhos (RIBEIRO, 2013). O Projeto de Lei 7672/2010, que propõe apenas alterações ao ECA, foi promulgado como Lei Menino Bernardo em 2014. O nome da lei faz referência ao caso de assassinato de Bernardo Boldrini pelo seu pai, médico, e sua madrasta, enfermeira no Rio Grande do Sul, que teve grande destaque midiático.

degradante, além de defini-los e descrever as medidas cabíveis. No artigo 18-A, parágrafo único, alínea I, define castigo físico como “ação de natureza disciplinar ou punitiva aplicada com o uso da força física sobre a criança ou o adolescente que resulte em: a) sofrimento físico; ou b) lesão;”. Na alínea II define tratamento cruel ou degradante como “conduta ou forma cruel de tratamento em relação à criança ou ao adolescente que: a) humilhe; ou b) ameace gravemente; ou c) ridicularize”.

No artigo 18-B, lista as medidas a serem aplicadas pelo Conselho Tutelar em relação a pais, familiares, agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou outros encarregados do cuidado de crianças e adolescentes que utilizem castigos físicos ou tratamento cruel ou degradante contra estes. São elas:

I - encaminhamento a programa oficial ou comunitário de proteção à família; II - encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico; III - encaminhamento a cursos ou programas de orientação; IV - obrigação de encaminhar a criança a tratamento especializado; V - advertência.

O capítulo III trata do Direito à Convivência Familiar e Comunitária, abordando o direito da criança ou adolescente de ser criado e educado no seio da própria família ou excepcionalmente em família substituta. Garante o direito à convivência familiar, independente de relação de casamento ou de privação de liberdade dos pais. Define ainda o dever dos pais de sustento, guarda e educação dos filhos menores. No que tange a tais obrigações e o seu cumprimento, o artigo 23 destaca que “a falta ou a carência de recursos materiais não constitui motivo suficiente para a perda ou a suspensão do poder familiar.” (p 23). É nesse capítulo também que, em respeito à alteração de mesma ordem realizada no Código Civil (BRASIL, 2002), a expressão “pátrio poder” é substituída por “poder familiar”³, a partir da lei 12010/2009.

³ De acordo com Tartuce (2006), tal mudança representa a “despatriarcalização” do Direito de Família, uma vez que o poder exercido pela figura paterna no passado é substituído por uma colaboração

Traz a compreensão da lei acerca do que seja família natural, formada pelos pais e descendentes, e família extensa, formada por parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e tem vínculos de afinidade e afetividade. Também dispõe sobre as condições de guarda, tutela e adoção de criança e adolescente. Esse capítulo sofreu alterações com a lei 12010/2009, que versa sobre adoção, detalhando inclusive o procedimento para adoção por pessoas domiciliadas fora do Brasil.

O capítulo IV do título II aborda o Direito à Educação, à Cultura, ao Esporte e ao Lazer versa sobre o direito da criança e do adolescente à educação, “visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho” (p 38), assim como o direito dos pais e responsáveis de participar da definição de propostas educacionais e acompanhar o processo pedagógico. Define ainda a obrigação do Estado de assegurar atendimento em creche, pré-escola, ensino fundamental e médio, além de atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência e ensino noturno.

O mesmo capítulo traz no seu artigo 56, a obrigatoriedade de comunicação ao Conselho Tutelar pelos dirigentes de estabelecimentos de ensino fundamental dos casos de

- I maus tratos envolvendo seus alunos;
- II reiteração de faltas injustificadas e de evasão escolar, esgotados os recursos escolares;
- III elevados níveis de repetência. (BRASIL, 1990)

O capítulo V do título II trata do direito à profissionalização e à proteção no trabalho. Proíbe o trabalho aos menores de 14 anos, salvo na condição de aprendizes, quando incluídos em formação técnico-profissional que obedeça aos princípios de garantia de frequência ao ensino regular e horário especial de exercício das

igualitária na chefia familiar. Esta mudança no Código Civil respeita o Princípio da igualdade na chefia familiar (ARTS. 226, § 5º, E 227, § 7º, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988).

atividades, que devem ser compatíveis com o nível de desenvolvimento do adolescente. Ademais, veda ao adolescente trabalhador ou aprendiz o trabalho noturno, em horários que não permita frequência à escola, em local prejudicial à formação e ao desenvolvimento físico, psíquico, moral e social, e em condições de perigo ou insalubridade.

O capítulo III trata da prevenção contra a violação dos direitos da criança e do adolescente. Inicialmente dispõe sobre questões mais amplas, como o dever geral de “prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente” (p 41) e a responsabilização da pessoa física ou jurídica que incorrer na inobservância das normas de prevenção. O artigo 70, especificamente, teve incluídos novos artigos, parágrafos e incisos a partir da lei 13010/2014. Tais alterações definem a responsabilidade de União, estados e municípios de se articular na elaboração de políticas públicas, na repressão ao uso de castigo físico ou tratamento cruel ou degradante e na educação para o uso de formas de educação não violentas, tendo como principais ações:

- I a promoção de campanhas educativas permanentes para a divulgação do direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante e dos instrumentos de proteção aos direitos humanos;
- II a integração com os órgãos do Poder Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública, com o Conselho Tutelar, com os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente e com as entidades não governamentais que atuam na promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente;
- III a formação continuada e a capacitação dos profissionais de saúde, educação e assistência social e dos demais agentes que atuam na promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente para o desenvolvimento das competências necessárias à prevenção, à identificação de evidências, ao diagnóstico e ao enfrentamento de todas as formas de violência contra a criança e o adolescente;
- IV o apoio e o incentivo às práticas de resolução pacífica de conflitos que envolvam violência contra a criança e o adolescente;
- V a inclusão, nas políticas públicas, de ações que visem a garantir os direitos da criança e do adolescente, desde a atenção pré-natal, e de atividades junto aos pais e responsáveis com o objetivo de promover a informação, a reflexão, o debate e a orientação sobre alternativas ao

uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante no processo educativo;
VI a promoção de espaços intersetoriais locais para a articulação de ações e a elaboração de planos de atuação conjunta focados nas famílias em situação de violência, com participação de profissionais de saúde, de assistência social e de educação e de órgãos de promoção, proteção e defesa dos direitos da criança e do adolescente. (BRASIL, 2014)

A mesma lei dispõe ainda sobre a obrigação de entidades a contar com pessoas no seu quadro capacitadas a reconhecer e comunicar ao Conselho Tutelar suspeitas ou casos de maus tratos praticados contra crianças e adolescentes.

A segunda parte do ECA, chamada de “Parte Especial”, aborda a Política de Atendimento, as Medidas de Proteção, a prática de ato infracional, as medidas pertinentes aos pais ou responsável, o Conselho Tutelar e o Acesso à Justiça.

Ao abordar a política de atendimento, a lei traz as linhas de ação e as diretrizes de tal política, assim como as entidades de atendimento, seu funcionamento, condições de fiscalização e registro. São linhas de ação da política de atendimento: políticas sociais básicas, serviços de assistência social, serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de violações, serviços de identificação e localização de desaparecidos (crianças, adolescentes, pais ou responsável), proteção jurídico-social por entidades de defesa, políticas e programas para redução do período de afastamento do convívio familiar, e campanhas de incentivo ao acolhimento de crianças e adolescentes afastados do convívio familiar.

Quanto às diretrizes da política de atendimento, muitas foram incluídas ou alteradas pelas leis 12010/2009 e 13257/2016. Tratam da municipalização do atendimento, da criação dos conselhos municipais, estaduais e nacional de direitos da criança e do adolescente, da manutenção de fundos nas três esferas governamentais e da integração operacional de órgãos do Judiciário, Ministério

Público, Defensoria, Assistência Social e Segurança Pública para agilizar o atendimento a adolescente autor de ato infracional.

A alterações trazidas nas diretrizes pela lei 12010/2009 são a integração operacional dos diversos órgãos para atendimento e breve reinserção de crianças e adolescentes em situação de acolhimento familiar ou institucional e a “mobilização a opinião pública para a indispensável participação dos diversos segmentos da sociedade” (BRASIL, 2009 p 47). Com a lei 13257/2016 foram incluídos três incisos, que versam sobre formação profissional, especialização, educação continuada e pesquisa acerca dos direitos da criança e do adolescente, desenvolvimento infantil e prevenção da violência. Destaca-se o inciso IX, que traz a diretriz “formação profissional com abrangência dos diversos direitos da criança e do adolescente que favoreça a intersetorialidade no atendimento da criança e do adolescente e seu desenvolvimento integral” (BRASIL, 2016 p 47).

O título II da parte especial aborda as medidas de proteção aplicáveis em caso de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente. Inicialmente lista os princípios que devem reger a aplicação das medidas, de acordo com a lei 12010/2009, destacando a condição da criança e do adolescente como sujeitos de direitos, a proteção integral e prioritária, a responsabilidade primária e solidária do poder público, a intervenção mínima e precoce, a responsabilidade parental e prevalência da família, e obrigatoriedade de informação, oitiva e participação da criança ou adolescente e seus pais ou responsável no processo (BRASIL, 2009).

As medidas aplicáveis são nove e vão desde o encaminhamento aos pais ou responsável mediante termo de responsabilidade e orientação apoio e acompanhamento temporário, até acolhimento institucional e colocação em programa de acolhimento familiar e família substituta. Destaca-se um número significativo de

medidas, de competência do Conselho Tutelar, que determina inclusão da criança ou adolescente em serviços como de ensino, assistência social, saúde, entre outros:

III matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental;

V requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;

VI inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos; (BRASIL, 1990)

IV inclusão em serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família, da criança e do adolescente; (BRASIL, 2016)

A partir da lei 12010/2009, o título passa a versar ainda sobre características e condições de funcionamento da medida de acolhimento institucional ou familiar, definida como provisória e excepcional à qual deve se seguir a reintegração familiar ou a colocação em família substituta. Atribui a competência do afastamento do convívio familiar à autoridade judiciária, salvo em situações de emergência.

Entre as condições do acolhimento institucional ou familiar, determina que o local de acolhimento seja próximo da residência dos pais ou responsável e que a família de origem seja incluída em programas oficiais de orientação, de apoio e de promoção social, visando à reintegração familiar. Tendo em vista esta reunificação, determina a elaboração e manutenção de um plano individual de atendimento para cada criança acolhida, pela entidade responsável, constando de resultados da avaliação interdisciplinar, compromissos assumidos pelos pais ou responsável e previsão das atividades a serem desenvolvidas para possibilitar o retorno da criança à família natural.

O estatuto também faz referência, no seu título IV, às medidas aplicáveis aos pais quando da violação de direitos das crianças e adolescentes, que passam por advertência, perda da guarda, destituição de tutela e suspensão ou destituição do

poder familiar. Há a possibilidade ainda de afastamento do agressor da moradia comum, em casos de maus tratos, opressão e abuso sexual. Aqui também se destaca a grande quantidade de medidas que envolvem o encaminhamento para serviços que ultrapassam o escopo dos setores judiciário e de segurança pública:

I encaminhamento a serviços e programas oficiais ou comunitários de proteção, apoio e promoção da família; (BRASIL, 2016)

II inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos;

III encaminhamento a tratamento psicológico ou psiquiátrico;

IV encaminhamento a cursos ou programas de orientação;

V obrigação de matricular o filho ou pupilo e acompanhar sua frequência e aproveitamento escolar;

VI obrigação de encaminhar a criança ou adolescente a tratamento especializado; (BRASIL, 1990)

O título V dispõe sobre os Conselhos Tutelares, suas atribuições, competências, processo de escolha de membros (conselheiros) e impedimentos. O título VI trata do acesso à justiça, abrangendo o papel da Justiça da Infância e Juventude, do Ministério Público e do advogado. Apresenta os procedimentos a serem adotados em caso de perda ou suspensão do poder familiar, destituição da tutela, colocação em família substituta e habilitação de pretendentes à adoção. Da mesma forma, apresenta o processo de apuração de ato infracional atribuído a adolescente, de irregularidades em entidade de atendimento e infração administrativa às normas de proteção à criança e ao adolescente.

O Conselho Tutelar na Legislação

Considerando a relevância do Conselho Tutelar na efetivação da proteção à criança e ao adolescente, reconhecida desde o ECA e reiterada por legislação subsequente, será dado detalhamento às atribuições e normatização desta função. O artigo 131 define o Conselho Tutelar como “órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da

criança e do adolescente” (BRASIL, 1990). A lei 12696/2012, no seu artigo 132, determina que exista no mínimo um Conselho Tutelar por município, como “órgão integrante da administração pública local” (BRASIL, 2012).

Suas atribuições são atender as crianças e adolescentes em situação de violação de direitos, aplicando medidas de proteção cabíveis (com exceção da inclusão em programa de acolhimento familiar e colocação em família substituta), bem como atender e aconselhar os pais, aplicando as medidas previstas para estes (com exceção das medidas de perda da guarda, destituição da tutela e suspensão ou destituição do poder familiar). Cabe ao Conselho Tutelar ainda promover a execução das suas decisões, podendo para tanto

a) requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança;

b) representar junto à autoridade judiciária nos casos de descumprimento injustificado de suas deliberações. (BRASIL, 1990)

Cabe ainda encaminhar casos ao Ministério Público ou à autoridade judiciária, expedir notificações, requisitar certidões de nascimento e de óbito de criança ou adolescente, entre outras.

Entre as atribuições outorgadas pelo ECA ao Conselho Tutelar, é necessário destacar suas responsabilidades de assessorar o poder executivo no planejamento de ações e de fomentar treinamento a profissionais e à comunidade, conforme disposto no artigo 136, inciso XII da lei 13046/2014: “promover e incentivar, na comunidade e nos grupos profissionais, ações de divulgação e treinamento para o reconhecimento de sintomas de maus tratos em crianças e adolescentes” (BRASIL, 2014b).

No nível municipal, documentos relevantes para a compreensão da proteção à criança e ao adolescente são as Leis 4488/92, que institui os Conselhos Tutelares e 6266/2003, que altera a anterior. A primeira segue as atribuições, competência e composição definidos pelo ECA, além de detalhar o processo de escolha no município. A segunda, traz algumas mudanças, como o acréscimo de atribuições ao Conselho Tutelar, além das previstas pelo ECA:

I - fiscalizar as entidades governamentais e não-governamentais de atendimento à criança e ao adolescente; II - representar às autoridades competentes, para instauração de procedimento de apuração de irregularidade em entidades governamentais de atendimento à criança e ao adolescente; III - representar à autoridade judiciária, para instauração de procedimentos para imposição de penalidades administrativas por infração às normas de proteção à criança e ao adolescente.

Ademais, dá outras disposições sobre a composição do conselho, horário de funcionamento e normas do atendimento, destaca, no seu artigo 8º que

Ao procurar o Conselho Tutelar, a pessoa será atendida por um membro deste, que se possível, acompanhará o caso até o encaminhamento definitivo.

Parágrafo Único - Nos registros de cada caso, deverão constar, em síntese, as providências tomadas e, a esses registros somente terão acesso os Conselheiros Tutelares e o CMDCA, mediante solicitação, ressalvada a requisição judicial ou do Ministério Público. (SALVADOR, 2003)

Sobre a tomada de decisões e aplicação de medidas, a legislação municipal define que elas sejam adotadas pela maioria absoluta dos membros, sujeitas a revisão apenas pela autoridade judiciária. Neste mesmo aspecto, o parágrafo único do artigo 9º define que

O Conselho Tutelar poderá delegar, por maioria absoluta, o exercício temporário ou permanente da missão ou função a seus Conselheiros, cujas decisões serão referenciadas nas sessões plenárias do Colegiado.

Ainda sobre tomada de decisão, o artigo 11º da lei municipal determina que o Executivo Municipal cederá instalações e servidores para o suporte administrativo dos Conselheiros Tutelares, além de acessória técnica nas áreas de serviço social, jurídica e psicopedagógica, quando solicitada pelos conselhos. Tal informação é reiterada pela resolução N° 1/2009, do CMDCA, que traz o Regimento Interno dos Conselhos Tutelares de Salvador, no qual prevê que “Para auxiliar no desempenho das atribuições dos Conselhos Tutelares haverá uma equipe de Assessoria Técnica composta por profissionais das áreas de Direito, de Assistência Social e de Psicopedagogia”.

4 ELEMENTOS CONCEITUAIS E TEÓRICOS

4.1 FAMÍLIA

Conforme pontuam Baleeiro e Cervený (2005), diversas definições podem ser utilizadas para caracterizar família, de modo que esta “pode ser caracterizada de acordo com o olhar, o espaço, o tempo, o objetivo de quem a define” (p. 154-155). A maior parte das definições disponíveis diz respeito ao modelo da família nuclear burguesa, desconsiderando ou patologizando outros arranjos observados no cotidiano (MELLO, 2000; SZYMANSKI, 2000; BALEEIRO; CERVENY, 2005). Conforme pontua Mello (2000), esses modelos normativos não apresentariam risco, não fosse a tendência dos profissionais em tomá-los como padrões, a partir dos quais as outras formas de organização são julgadas e recebem a classificação de desviadas.

Nesse sentido, Szymanski (2000) discute uma definição de família menos rígida, que abrange as diversas estruturas observáveis. A autora traz, assim, o conceito de família “vívda” (p.26), para identificar a “variedade de formas de organização, com crenças, valores e práticas desenvolvidas na busca de soluções para as vicissitudes que a vida vai trazendo” (p.27).

Como parte dessa concepção, a autora re-significa alguns pressupostos presentes na definição nuclear burguesa como o parentesco e o cuidado. O primeiro é substituído por “ligação afetiva”, dando espaço a outras formas de relacionamento com caráter familiar, como a vizinhança e compadria. Quanto ao segundo, ocorre uma re-definição desta como “um compromisso em que todos estão envolvidos”, de modo que cessa especialização de funções e flexibiliza os papéis sexuais.

No escopo específico desta pesquisa, as famílias de bairros populares, é possível encontrar em interação aspectos do modelo patriarcal, do nuclear burguês e

da família “vivida” (SZYMANSKI, 2000, p.26). Trata-se de uma definição singular das relações entre gêneros, entre gerações e das fronteiras do grupo familiar, comum entre os pobres urbanos.

Neste sentido, contrapondo a família nuclear burguesa à estrutura de família pobre urbana, Sarti (2005, p. 70) discute que

A família pobre não se constitui como núcleo, mas como rede, com ramificações que envolvem a rede de parentesco como um todo, configurando uma trama de obrigações morais que enreda seus membros num duplo sentido, ao dificultar sua individualização e, ao mesmo tempo, viabilizar sua existência como apoio e sustentação básicos.

Deslandes e Barcinski (2010, p 93-94) destacam o uso de padrões normativos de definição de família como legitimadores da “aplicação de medidas assistencialistas, de tutela, de isolamento e de abrigo de crianças e adolescentes das classes populares”, que tendem a aumentar em rigor e frequência quando se adiciona à pobreza as dinâmicas familiares violentas. Nesse sentido, aparatos sociais “diagnosticam a incapacidade da família em ser família”, o que tende a justificar intervenções discriminatórias, a retirada dos filhos e a desqualificação de saberes e práticas.

Deslandes (2004 p 20), nesse sentido, defende intervenções voltadas a famílias que explorem “o potencial e as capacidades protetoras e afetivas onde se viam somente fracassos e transgressão”. Diante dessa constatação, defende que tais potencialidades e capacidades positivas só podem ser plenamente efetivadas se a própria família receber suporte básico à sua existência (CARVALHO, 2000; DESLANDES; BARCINSKI, 2010).

Uma abordagem familiar para as situações de violência pressupõe a identificação do seu potencial de transformação da própria realidade, colocando-as no lugar privilegiado de protagonistas das suas histórias. Torna-se necessário discutir

representações culturais dos profissionais das agências de proteção e cuidado quanto ao papel da família, suas competências e seu o grau de responsabilização pela situação e violência (DESLANDES; BARCINSKI, 2010).

Há uma tendência atual nos programas sociais e de saúde, a tomar a família como objeto das suas intervenções (BASTOS; TRAD, 1998b; SERAPIONI, 2005). Esta centralização do grupo familiar se baseia na premissa de Carvalho (2000, p.19), de que a família “carece de proteção para processar proteção”.

Desta premissa decorre que uma série de órgãos públicos, como as Secretarias de Desenvolvimento Social, da Educação e as Secretarias de Saúde, estejam adotando modelos de intervenção que têm uma dupla relação com a família. Por um lado, tomam o espaço domiciliar como campo de atuação e, por outro, tornam a família, a comunidade, ou membros mais representativos, parceiros no cuidado à saúde dos seus integrantes.

Salienta-se, ainda na esfera social, o engendramento das redes de solidariedade e sociabilidade em torno da família, empoderando a comunidade para a mobilização no sentido de exercer controle social e reivindicar melhorias de condições (SERAPIONI, 2005). Esta mobilização é o que diferencia o assistencialismo da verdadeira intervenção com foco familiar, trazida por Carvalho (2000), uma vez que esta atua tanto sobre as vicissitudes, quanto sobre as potencialidades da família, buscando o fortalecimento do grupo.

4.2 ECOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO E OS CONTEXTOS DE DESENVOLVIMENTO

A partir dos estudos apresentados na revisão da literatura, observa-se como pertinente o referencial teórico utilizado em grande parte deles, tendo como base a abordagem ecológica (ou abordagem bioecológica) do desenvolvimento humano e a psicologia positiva (especificamente os conceitos de resiliência, fatores de risco e fatores de proteção). A abordagem ecológica compreende o desenvolvimento humano e a saúde como um conjunto de processos de interação contínua entre a pessoa e o seu ambiente (ou contexto), produzindo estabilidade e mudança no curso de vida individual (MORAIS; KOLLER, 2004).

Nesse sentido, Bronfenbrenner (1996, p.18) considera a pessoa em desenvolvimento como “uma entidade em crescimento, dinâmica, que progressivamente penetra no meio em que reside e o reestrutura”. Qualifica a interação entre pessoa e ambiente como recíproca. O ambiente ao qual se refere não se limita àquele imediato da pessoa em desenvolvimento, abarcando também as interconexões entre essas ambiente, assim como as influências de meios mais amplos. Ao abordar o ambiente de desenvolvimento de uma pessoa, o divide em quatro contextos fundamentais: *microssistema*, *mesossistema*, *exossistema* e *macrossistema* (FIGURA 1).

Microssistema refere-se a “um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais experienciados pela pessoa em desenvolvimento num dado ambiente com características físicas e materiais específicas” (BRONFENBRENNER, 1996 p.18). Para ser um *microssistema*, o ambiente deve ser um local onde a criança estabeleça interações face-a-face cotidianamente, participe diretamente, tais como a família, a escola e a vizinhança. Dá especial destaque ao termo “experienciado”

escolhido para descrever tais relações, assumindo uma posição fenomenológica, por considerar que influências sobre o desenvolvimento psicológico dependem menos dos eventos objetivos e mais do significado do evento para a pessoa.

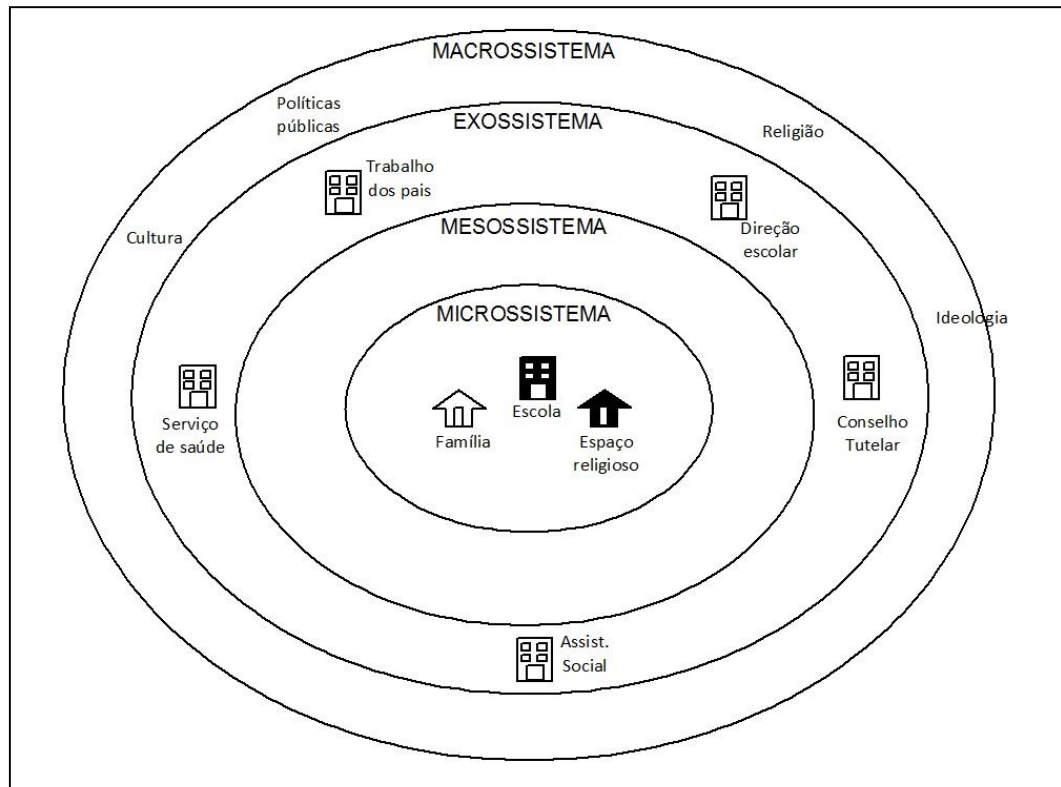


Figura 1 – Contextos de Desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1996)

Mesossistema diz respeito às inter-relações entre dois ou mais ambientes dos quais a criança faz parte, sendo portanto um “sistema de microsistemas” (p 21). Bronfenbrenner (1996) considera que o potencial de promoção de desenvolvimento está atrelado à quantidade e qualidade de inter-relações entre os diferentes contextos dos quais a criança faz parte (ex: relação família-escola). Considera a qualidade das inter-relações em termos de compatibilidade de exigências, confiança mútua, orientação positiva e consenso de objetivos entre os contextos.

O *Exossistema* é composto por

um ou mais ambientes que não envolvem a pessoa em desenvolvimento como um participante ativo, mas no qual ocorrem eventos que afetam, ou são afetados, por aquilo que acontece no

ambiente contendo a pessoa em desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1996 p.21).

Para exemplificar elementos do *exossistema*, o autor utiliza o trabalho dos pais, a escola de um irmão mais velho ou a diretoria escolar. Em uma análise mais recente e voltada para a violência doméstica contra crianças, Koller e De Antoni (2004) acrescentam a esta abordagem elementos como recursos sócio-sanitários e de proteção social.

Por fim, o *Macrossistema* refere-se a consistências no nível cultural que transparece na estrutura e dinâmica dos *micro*, *meso* e *exossistemas*, pressupondo sistemas de crença ou ideologias que os embasam. Aqui estão presentes elementos como concepções culturais acerca da violência compartilhados pelos membros da família ou pelos profissionais dos recursos sócio-sanitários, assim como as Políticas Públicas que fundamentam suas ações. Bronfenbrenner (1996 p 22) chama atenção para a possibilidade de transformações no *macrossistema*, com base em “planejamentos para o futuro conforme refletidos na visão dos líderes políticos, planejadores sociais, filósofos e cientistas sociais de uma sociedade engajados na análise crítica e alteração experimental dos sistemas sociais prevalentes”.

Necessário destacar que anos após a sua elaboração inicial, Bronfenbrenner e Morris (1998) propuseram um novo modelo, dando atenção a outras dimensões do desenvolvimento humano, além do ambiente. O modelo bioecológico, como foi chamado, passou a considerar, além da dimensão *Contexto*, as dimensões *Pessoa*, *Processo* e *Tempo*. Propõem dar mais detalhamento às características biopsicológicas da pessoa em desenvolvimento, concebidas um movimento processual constante (YUNES; JULIANO, 2010).

Destaca-se que o modelo bioecológico não nega as construções e pressupostos do modelo ecológico original, apenas o amplia. Considerando o

interesse desta pesquisa na compreensão dos contextos de desenvolvimento da criança em situação de violência e sua família, será utilizada apenas a formulação anterior da teoria, que tem o ambiente como foco prioritário.

4.3 UMA APROXIMAÇÃO DAS NOÇÕES DE RESILIÊNCIA, FATORES DE RISCO E FATORES DE PROTEÇÃO

A resiliência refere-se à capacidade humana de superar adversidades e situações de risco, implicando uma interação dinâmica entre características individuais e o complexo contexto social em que está inserido (MORAIS; KOLLER, 2004). O termo surgiu nos anos 1970 em estudos britânicos de psicopatologia do desenvolvimento como “invulnerabilidade” para se referir a características de crianças que apresentavam desenvolvimento saudável, apesar das condições de estresse e adversidade às quais eram expostas. Posteriormente, o termo “invulnerabilidade”, que sugeria uma absoluta resistência ao estresse, foi substituído por “resiliência”, que denota uma possibilidade – relativa e circunstancial - de superar situações de estresse (RUTTER, 1985).

Ademais, o termo resiliência tinha a princípio um caráter estático e individualista, de modo que estudos quantitativos buscavam explicitar quais características individuais tornavam algumas pessoas particularmente resilientes. Desenvolvimentos posteriores do termo têm pontuado que a resiliência é um processo dinâmico, que envolve características pessoais e ambientais empregadas no desenvolvimento saudável do indivíduo diante de uma condição de vulnerabilidade (RUTTER, 2006).

Rutter (2006 p. 2) destaca o caráter interativo da sua construção, definindo-o como um conceito “que diz respeito à combinação de experiências de alto risco e um desenvolvimento psicológico relativamente positivo apesar destas experiências”.

Coloca o foco na definição e interação entre risco, proteção e vulnerabilidade, vistos não como fatores estáticos, mas como mecanismos dinâmicos:

Resiliência diz respeito às variações individuais na resposta ao risco. [...] porém, resiliência não pode ser vista como um atributo fixo do indivíduo. Pessoas que lidam de forma bem sucedida com dificuldades em um ponto da vida podem reagir de forma adversa a outros estressores em uma situação diferente. Se as circunstâncias mudam, a resiliência é alterada. (RUTTER, 1987 p 317)

Nesse sentido, fatores de risco⁴ são eventos negativos de vida que podem predispor um indivíduo a apresentar problemas físicos, psicológicos e sociais. Conforme discutido por Yunes, Miranda e Cuello (2004), estudo tradicionais buscavam associar alguns eventos estressores e situações de risco a consequências negativas de forma estática e fatalista (correlação entre conflitos familiares e comportamento agressivo na criança, por exemplo). Nos estudos psicossociais recentes, porém, não é compreendido como uma categoria a priori, mas como um processo dinâmico, de modo que um evento numa trajetória de desenvolvimento particular só pode ser indicado como risco a partir da compreensão do todo, especialmente das suas consequências (YUNES; MIRANDA; CUELLO, 2004; RUTTER, 1985, 1987, 2006, 2012).

Fatores de proteção são influências capazes de modificar as respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação. Portanto, só podem ser compreendidos dinamicamente, na sua relação com o risco ou estressor. Podem ser atributos disposicionais individuais, laços afetivos que ofereçam suporte emocional

⁴ Saliente-se aqui que as noções de fatores de risco e fatores de proteção diferem daquelas utilizadas em epidemiologia. Em epidemiologia, (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 1990) Risco corresponde à probabilidade de ocorrência de uma doença ou evento adverso à saúde em particular e fator de risco é a característica ou elemento positivamente associado ao risco de desenvolver uma doença.

em momentos de estresse ou sistemas de suporte social (como escola, igreja e serviços de saúde) (YUNES; MIRANDA; CUELLO, 2004; RUTTER, 1987).

Diante das discussões acerca da dinamicidade de operação dos fatores de proteção frente a uma situação de risco, Rutter (1987; 2006; 2012) propõe que se use o termo “mecanismo de proteção”. Esta denominação dá destaque ao fato de que a identificação de algo como fator de proteção não é suficiente, deve ser buscada a compreensão do processo e as condições nas quais aquele atributo funciona como proteção contra aquele estressor em especial.

Além do estudo de mecanismos de proteção e processo de resiliência com foco no desenvolvimento como um todo, e em uma diversidade de vulnerabilidades (divórcio, morte de um familiar, adoecimento, etc), algumas pesquisas se debruçaram especificamente sobre os maus tratos a crianças (DE ANTONI; KOLLER, 2010; DE ANTONI, 2005; KOLLER; DE ANTONI, 2004; MRAZEK; MRAZEK, 1987). Em uma primeira compilação, Mrazek e Mrazek (1987) concluíram que as características ou habilidades que podem promover resiliência em casos de maus tratos são: responsividade rápida ao perigo, maturidade precoce, dissociação afetiva, busca de informação, formação e utilização de relacionamentos para sobrevivência, reestruturação cognitiva de experiências dolorosas, altruísmo, otimismo e esperança. Os autores ainda compilaram, embora sem aprofundamento, alguns fatores ambientais que podem operar processos de proteção e promover resiliência, tais como: acesso a bons serviços sociais, educacionais e de saúde, rápida denúncia do pai abusivo, suporte social do familiar não abusivo e processo terapêutico que valide os sentimentos positivos e negativos da criança em relação ao perpetrador.

Koller e De Antoni (2004) construíram um modelo de compreensão da violência doméstica (ANEXO A), que foi aplicado em outros estudos das autoras (DE ANTONI,

2005; DE ANTONI; KOLLER, 2010). O quadro apresenta diversos fatores de risco e de proteção que podem ser encontrados nos diferentes contextos de desenvolvimento de uma família em processo de violência doméstica, facilitando a maior resiliência ou vulnerabilidade diante do evento. Destaca-se, porém, que o modelo não aborda em profundidade as características dos serviços de saúde e proteção social (*mesossistema* e *exossistema*), enquanto respostas sociais que podem ser promotoras de resiliência ou de vulnerabilidade.

Observa-se, tanto nos precursores internacionais como nos estudos nacionais, uma tendência ao aprofundamento das características individuais e/ou familiares que promovem a resiliência. As características sociais e ambientais, embora citadas e qualificadas como relevantes, não são objeto de aprofundamento daqueles estudos.

Desse modo, vem se delineando uma abordagem da resiliência, chamada de “teoria sócio-ecológica da resiliência” que a entende como uma consequência da qualidade do ambiente do indivíduo na disponibilização de recursos promotores de saúde (UNGAR, 2011; 2013). Portanto, ao mesmo tempo que aborda os fatores de proteção individuais e familiares, reconhece a importância dos serviços e das políticas públicas, reafirmando o caráter interacional da resiliência. Ademais, ao buscar aprofundar o estudo de fatores de proteção presentes nestas instâncias, dá um passo além nas pesquisas e na construção de respostas sociais diante da violência intrafamiliar contra crianças.

Nesta perspectiva, Ungar (2013) compila quatro fontes de resiliência importantes para crianças que foram expostas a maus-tratos: (1) temperamento individual e estilo de enfrentamento que favoreçam o reconhecimento e utilização dos recursos ambientais pela criança; (2) determinantes sociais da saúde que influenciem os recursos ambientais disponíveis às crianças e cuidadores (ruas seguras, moradia,

alimentação, educação); (3) intervenções de profissionais da saúde mental, educação e assistência social, que deem oportunidade da criança se recuperar dos maus tratos; (4) políticas públicas que influenciem na disponibilidade e acessibilidade de recursos (serviços) para crianças em situação de violência.

No presente estudo, será levada em conta principalmente a definição e os pressupostos da teoria sócio-ecológica da resiliência, pois converge com a proposta de análise de respostas sociais empreendidas diante de situações de violência. Porém, será dada atenção a algumas construções relevantes de outras reflexões sobre a resiliência, tais como as compilações de fatores de risco e de proteção (KOLLER; DE ANTONI, 2004; MRAZEK; MRAZEK, 1987) e a noção processual do funcionamento dos fatores de proteção.

Por fim, é necessário destacar dois pontos problematizados acerca do conceito de resiliência e seu uso em pesquisa e políticas públicas: a patologização da pobreza e a individualização da resolução de problemas sociais. Yunes (2003) pontua que muitos dos estudos tradicionais sobre resiliência tendiam a definir vulnerabilidade de uma perspectiva etnocêntrica e ideologicamente enviesada, de modo que as “populações vulneráveis” abordadas eram os pobres, os negros e os imigrantes. Junqueira e Deslandes (2003) destacam o risco de uma leitura ideológica da resiliência que ao mesmo tempo reforçaria o determinismo pobreza-violência e colocaria a responsabilidade da superação em características individuais, desobrigando o Estado de promovê-la. O foco sócio-ecológico e processual escolhido para a presente pesquisa, conforme descrito anteriormente, pretende superar esses vieses na análise.

4.4 LINHA DO CUIDADO

Ao discutir respostas sociais à violência, destaca-se em um dos documentos mais recentes a proposta de Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências (BRASIL, 2010). Este documento busca orientar o desenvolvimento de ações de prevenção de violências, promoção da saúde e cultura de paz, destacando a importância da integralidade do cuidado, a organização dos serviços e a atuação em rede no território.

Nesse sentido, para compreender a forma como os serviços se organizam para responder à violência intrafamiliar contra crianças, será utilizada a noção de Linha de Cuidado (MALTA; MERHY, 2010; SANTOS; ANDRADE, 2011). Esta é definida como

o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida ou de outro critério médico-sanitário, a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua pelo sistema de saúde, sendo sua implementação estratégia central para a organização e a qualificação das redes de atenção à saúde, com vistas à integralidade da atenção. (SANTOS; ANDRADE, 2011 p 1675)

Malta e Merhy (2010) destacam o potencial da análise da Linha de Cuidado para mapear recursos disponíveis, avaliar as tecnologias utilizadas, no que se refere aos tipos, fluxos, mecanismos de regulação, ações de vigilância à saúde, promoção e tentativas de negação de acesso. O percurso do usuário na linha permite verificar se este fluxo está voltado para a resposta integral às necessidades destes ou se a assistência é fragmentada. Salienta-se ainda, a relevância da ação intersetorial para o seu funcionamento.

Franco e Magalhães Junior (2004, p 129-30) referem-se à linha de cuidado como “primeira experiência radical de integralidade na atenção à saúde”, e defendem que “todos os recursos disponíveis devem ser integrados por fluxos que são

direcionados de forma singular, guiados pelo projeto terapêutico do usuário.” Sugerem a imagem de uma “linha de produção do cuidado”, partindo da rede básica ou qualquer outro local de entrada no sistema, aos diversos níveis assistenciais.

Quanto à sua constituição, indicam que a linha de cuidado seria fruto de pactuação entre atores que controlam serviços e recursos assistenciais (MERHY; FRANCO, 2003; FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004). Este pacto deveria garantir: disponibilidade dos recursos que as alimentam; fluxos centrados no usuário e no seu caminhar na rede; instrumentos para garantia da referência segura aos diversos níveis de complexidade; garantia de contra-referência para a USF, onde deve ser mantido o vínculo e acompanhamento permanente; definição da equipe básica como gestora do projeto terapêutico; gestão colegiada dos atores que coordenam recursos assistenciais; garantia da intersetorialidade.

Discute-se que a organização de uma linha do cuidado se dá em duas perspectivas: macropolítica e micropolítica (MERHY; CECÍLIO, 2003; MALTA; MERHY, 2010). A perspectiva macropolítica inclui as intervenções sobre determinantes sociais, legislação e financiamento das ações, além da organização da rede de serviços com articulações intersetoriais e organização da vigilância e informação em saúde. De uma perspectiva micropolítica, pressupõe a coordenação do cuidado pela equipe de saúde; a vinculação e responsabilização do cuidador e a busca da produção da autonomia do usuário.

Destaca-se que a linha de cuidado deve ser uma integração de tecnologias duras, leve-duras e leves, com predomínio das última na produção do projeto terapêutico e facilitação do caminhar do usuário na rede (MERHY; CECÍLIO, 2003; MERHY; FRANCO, 2003; FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004; MALTA *et al*, 2010; MALTA; MERHY, 2010). Merhy (1997) chama de tecnologias leves aquelas de

caráter relacional entre sujeitos. Tecnologias leve-duras referem-se à utilização do saber teórico-profissional e as duras aos instrumentos e equipamentos de diagnóstico e tratamento.

Saliente-se que não se trata, no presente estudo, de uma pesquisa avaliativa, uma vez que a Linha de Cuidado não está implantada na cidade de Salvador-Bahia. Considerando que Linha do Cuidado é o modelo assistencial proposto para abordar a violência contra crianças e adolescente pelo Ministério da Saúde, esta servirá apenas como uma referência normativa para discutir o fluxo das famílias nos serviços e da relação dos serviços entre si.

4.5 ITINERÁRIOS DE CUIDADO

Itinerário terapêutico é definido como o processo em que os sujeitos se engajam diante de uma enfermidade no sentido de escolher, aderir (ou não) e avaliar o tratamento para esta (ALVES; SOUZA, 1999; GERHARDT, 2006; LEITE; VASCONCELOS, 2006; TRAD *et al*, 2010). Trata-se, conforme pontuam Alves e Souza (1999, p 133) de “um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto pré-concebido: o tratamento da aflição”. Tal processo envolve a interpretação feita pelo sujeito acerca do seu adoecimento, assim como a mediação desta pelo contexto sociocultural em que se insere.

Conforme destaca Lopez (2014), estudos têm demonstrado a influência que significados da doença, tratamentos, rede social e experiências prévias têm sobre as escolhas que compõem um itinerário terapêutico. A autora dá especial destaque às experiências prévias, nas quais os sujeitos e famílias desenvolvem comportamentos preventivos e maior autonomia nas escolhas.

Considerando a especificidade da violência como agravo, e não como doença, foi realizada nesta pesquisa a escolha pelo uso do termo *itinerário de cuidado*. Boff (2005) assinala duas significações básicas de cuidado, conectadas entre si: atitude de solicitude e atenção para com o outro; e preocupação e inquietação pelo outro, originada da ligação afetiva. Nesse sentido, define cuidado como um “modo-de-ser”: “a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo junto com os outros” (p 30).

Além do caminho que os sujeitos e grupos fazem da identificação à cura de problemas de saúde, o estudo do itinerário de cuidado é constituído pelas diferentes agências de cura que eles utilizam, assim como os saberes que fundamentam e integram as diversas escolhas (ALVES; SOUZA, 1999; LEITE; VASCONCELOS, 2006). Esta integração entre arenas de cuidado é a principal característica dos itinerários, sugerindo a sua complexidade, uma vez que sujeitos e grupos se engajam em estratégias de atenção à saúde aparentemente inconciliáveis, tornando-as complementares.

Kleinman (1973) pontua a existência, em uma sociedade complexa, de pelo menos três arenas de cuidado: popular, *folk* e profissional. Cada uma dessas apresenta modelos explicativos próprios do processo saúde/ doença, que determinam desde os sintomas da desordem até o tratamento indicado, incluindo os indícios da cura.

A arena popular é composta pelos cuidados leigos, não especializados, compreendendo cuidados domésticos e rede de apoio social. A arena *folk* é constituída pelos sistemas de cura não oficiais, como espiritualistas e curandeiros. A arena profissional refere-se às profissões de saúde reconhecidas, aos sistemas médicos tradicionais profissionalizados e à medicina científica, dividindo-se, portanto,

em três perspectivas distintas (HELMAN, 2003).

Considerar a violência como questão complexa de saúde demanda pensar o problema de uma perspectiva integral e a atenção em caráter intersetorial. Nesse sentido, na abordagem dos itinerários de cuidado descritos no presente estudo serão consideradas instituições da rede formal de atenção que não se limitam ao setor saúde, mas abarcam os setores de educação, assistência social, segurança pública, justiça e direitos humanos.

Ao tratar dos serviços, a compreensão dos itinerários de cuidado deve considerar não apenas a sua disponibilidade e forma como são utilizados pelos sujeitos, mas também as possibilidades que viabilizam a implementação das trajetórias. Assim, destaca-se a sua natureza intrinsecamente contextual (TRAD *et al*, 2010), de modo que o estudo de itinerários terapêuticos pressupõe uma ênfase sobre “as experiências, as trajetórias e projetos individuais formulados e elaborados dentro de um campo de possibilidades” (ALVES; SOUZA, 1999, p 132).

Assim, Velho (2004, p.28) pontua que “a racionalidade de um projeto é relativa desde que se alimenta de determinadas experiências culturais. Sua maior ou menor eficácia está, basicamente, circunscrita a determinado quadro sócio-histórico”. Desse modo, a constituição dos itinerários de cuidado pelos indivíduos e grupos sociais está intimamente relacionada às condições socioeconômicas e culturais destes, as condições em que o adoecimento ou agravo ocorre e os recursos disponíveis para sua identificação e tratamento.

Gerhardt (2006 p.2461) salienta, ainda, que “além dos limites das condições materiais de vida, os indivíduos constroem as estratégias de vida de acordo com suas capacidades, suas histórias de vida e suas experiências individuais”, de modo que os próprios atores fazem parte do contexto restritivo ou permissivo em que os itinerários

são formulados e realizados. Em contextos pobres ou marcados por vulnerabilidades, as capacidades e história do sujeito ou grupo são determinantes do sucesso dos itinerários. Nesse jogo de restrições e permissões, torna-se relevante a avaliação dos recursos disponíveis aos sujeitos na resolução dos seus problemas de saúde.

Neste sentido, Lopez (2014) destaca que a categoria itinerários terapêuticos traz duas dimensões principais: uma cognitiva/ interpretativa ligada ao processo saúde/doença/cuidado; e outra material, que abarca aspectos socioeconômicos, disponibilidade e organização de serviços. A partir de diferentes combinações dessas dimensões, Cabral e colaboradoras (2011) colocam três possibilidades para a utilização da categoria: (1) percepções do sujeito sobre os eu adoecimento e a influência destas sobre a sua busca de atenção e tratamento; (2) observação da trajetória do paciente do ponto de vista dos serviços, como forma da avaliação da efetividade das redes de serviços; (3) integração entre as duas perspectivas anteriores, conhecendo a iniciativa do paciente dentro de um campo de possibilidades, influenciadas por condições sociais e econômicas concretas (incluindo o acesso a serviços).

Neste estudo, a análise dos itinerários de cuidado se aproxima da terceira vertente, pois busca integrar a compreensão das experiências e significados construídos em torno da violência e a análise do acesso e acessibilidade à rede de cuidados/proteção, assim como as respostas desta às suas necessidades sociais e de saúde.

5 DESENHO DO ESTUDO, CONTEXTO E PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DE PRODUÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Por se tratar de uma pesquisa exploratória, mostrou-se conveniente a escolha pela abordagem qualitativa, com desenho de estudo de caso. Tal desenho está entre os mais empregados em pesquisas de serviços de saúde na América Latina (MERCADO-MARTINEZ; BOSI, 2007), e apresenta-se como estratégia especialmente relevante para compreender fenômenos contemporâneos complexos inseridos num contexto de vida real (YIN, 2001).

Deslandes e Assis (2002 *apud* DESLANDES; GOMES, 2007) destacam a pesquisa qualitativa como aquela que tem como propósito analisar quais os significados que os sujeitos atribuem aos fatos, relações e práticas, podendo avaliar tanto suas interpretações como suas práticas. Assim, salienta-se a potencialidade do desenho de estudo de caso como aquele que permite que se preservem as características holísticas e significativas de um evento, no contexto em que ocorre (YIN, 2001).

Deslandes e Gomes (2007) destacam que o conjunto das relações de um sistema de saúde não pode ser captado apenas através das relações de um serviço, ou conjunto de serviços, mas partir da singularidade do caso é possível dialogar de forma densa com a lógica do sistema no qual se insere. Num estudo de caso, lidamos com as “marcas identitárias” deste, “caracterizando-as, estabelecendo relações entre elas, identificando modelos que as estruturam e as suas relações com seu contexto” (DESLANDES; GOMES, 2007 p 106).

A unidade de análise foram cinco famílias moradoras de um bairro popular de Salvador-BA, que tinham sido acompanhadas pelo Conselho Tutelar devido a uma ou mais

denúncias de violência contra crianças. Além dessas, estende-se, como foco do estudo agentes vinculados a um conjunto de serviços sociais, educacionais e de saúde do bairro e adjacências, aos quais as famílias tiveram acesso, e/ou que ofereceram proteção às crianças em situação de violência.

5.1 CONTEXTO DE ESTUDO

A cidade contexto deste estudo é Salvador-BA, quinta capital mais violenta do país, cuja taxa de mortalidade por homicídios em 2012 foi de 60 por 100 mil habitantes (WAISELFISZ, 2014). Esta mortalidade não é igualmente distribuída pela capital, mas se concentra em determinados bairros e regiões (MACEDO; PAIM; SILVA; COSTA, 2001).

Especificamente, foi escolhido o bairro da Nova Nigéria, uma comunidade de classe popular com cerca de 40 hectares, que faz fronteira com 4 bairros de classe média a alta. O bairro nasceu como um quilombo de nigerianos trazidos como escravos, posteriormente crescendo com o êxodo rural nos anos 1960. Trata-se de uma região cobiçada pela especulação imobiliária, que já sofreu tentativas de desapropriação e remoção, sempre impedidas pela forte mobilização comunitária local. Outra questão que tem perpassado o cotidiano do bairro é a sua divisão entre Sul – região onde se localizam os principais recursos sócio-sanitários do bairro - e Norte – com reduzido acesso a tais recursos. A disputa do tráfico de drogas por território acentua esta divisão, impedindo a circulação de alguns moradores entre uma área e outra.

A escolha da Nova Nigéria ocorreu na fase de construção do projeto de pesquisa, quando a pesquisadora responsável foi convidada a acompanhar um grupo de crianças mediado por educadoras da ONG A na região. O grupo, que tinha uma orientação geral para o empoderamento infantil, estava no período discutindo a violência e a Lei 13.010/2014 (Lei Menino Bernardo), que havia sido sancionada um mês antes. As

falas dos participantes nos seis encontros observados demonstraram uma presença cotidiana do uso de violência física pelos pais e outros familiares contra as crianças.

Foi escolhido o Conselho Tutelar que atende a Nova Nigéria como ponto de partida para a pesquisa. Tal escolha se justifica por serem os Conselhos Tutelares espaços potenciais de convergência de informações sobre a violência contra crianças e adolescentes (BAZON, 2008). Por esta instância, conforme a Lei 8069/90 (ECA), devem passar todos os casos suspeitos ou confirmados de violação de direitos de crianças e adolescentes.

5.2 PROCEDIMENTOS DE PRODUÇÃO DE DADOS

Conforme referido anteriormente, o Conselho Tutelar (CT) foi o ponto de partida do estudo. Após autorização da Secretaria de Promoção Social e Combate à Pobreza (SEMPS), foi feito contato com conselheiras do CT escolhido para apresentar a pesquisa e iniciar a busca de famílias nos registros.

A autorização da SEMPS, porém, não foi suficiente para que as Conselheiras cedessem acesso aos registros, pois alegavam a obrigatoriedade do sigilo profissional e a autonomia do Conselho Tutelar para deliberar sobre as condições da sua suspensão, conforme previsto pela lei municipal 6266/2003 (SALVADOR, 2003) e pela resolução 170/2014 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA, 2014). Esta informação posteriormente foi confirmada pela representante da SEMPS que coordenou o processo de autorização. Não havendo outra alternativa, foi necessário negociar com as conselheiras o acesso às famílias para realizar a pesquisa. A única forma aceita em reunião colegiada foi a indicação direta dos casos pelas conselheiras. Apesar desta opção oferecer possíveis vieses relacionados a interesses e memória das conselheiras, foi aceita como uma forma inicial de aproximação. O acesso às três primeiras

famílias ocorreu com mediação de uma conselheira tutelar, que apontou os casos, e de um agente comunitário, que conduziu as visitas iniciais.

Após o início das entrevistas, em negociação com a nova gestão que assumiu em janeiro de 2016, foi definida uma forma alternativa de busca das famílias: o livro de registros. Trata-se de cadernos onde são registradas denúncias recebidas para distribuição entre os conselheiros, aos quais a pesquisadora responsável não havia obtido acesso nos primeiros contatos com o CT. Nele constam o nome da criança ou adolescente, nome do responsável, violação ocorrida, endereço e número da denúncia. Dos 1616 casos registrados no livro entre os anos de 2010 e 2016, 16 estavam registradas como da Nova Nigéria. Saliente-se que muitos casos eram repetidos e muitos dos registros não apresentavam detalhamento de endereço.

Foram sorteadas mais três famílias para serem convidadas a participar da pesquisa. Caso uma família sorteada não fosse localizada ou recusasse o convite, a próxima da lista era buscada. Entre as famílias listadas, uma foi excluída pelo registro se referir a um adolescente. Das 15 restantes, 6 não foram localizadas, uma estava com o endereço erroneamente atribuído à Nova Nigéria, 4 não moravam mais no endereço identificado e uma recusou o convite para participar. Após o fato de duas famílias terem sido localizadas e entrevistadas, houve um recrudescimento da violência no bairro e suspensão temporária das visitas. Após cerca de 2 meses, nova tentativa de localização foi realizada, e a única família encontrada negou que tivesse havido intervenção do conselho tutelar conforme indicavam os registros (nome da criança e ano da ocorrência).

Cada família foi entrevistada em dois momentos distintos: uma entrevista buscando informações gerais e atuais (sobre estrutura e dinâmica familiar e aparelhos sócio-sanitários no bairro) e outra informações específicas sobre a época da notificação (condições do abuso e da notificação, ações das instituições de proteção, outras ações

relevantes). Esta divisão em dois momentos distintos, além responder aos interesses da pesquisa – de identificar risco, proteção e resiliência nas famílias – retira o abuso do foco central da entrevista, evitando que o entrevistado se sinta estigmatizado e apresente resistências.

Após um primeiro ciclo de entrevistas familiares (3 famílias), foram iniciadas as entrevistas semi-estruturadas e gravadas com representantes das principais instituições da rede de proteção, além do próprio Conselho Tutelar escolhido como ponto de partida. As duas últimas famílias foram entrevistadas após o início das entrevistas institucionais, devido às questões de acesso aos dados apresentadas anteriormente.

5.3 PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa representantes de cinco famílias de crianças vítimas de violência intrafamiliar, com passagem pelo Conselho Tutelar. Considerando que em três das famílias houve mais de um participante além do interlocutor chave, totalizam-se 9 participantes de famílias. Foram realizados dois procedimentos de recrutamento de participantes: indicação direta de conselheiros tutelares num primeiro momento (3 famílias, 5 participantes); e rastreamento de casos listados em um livro de registros do conselho tutelar (2 famílias, 3 participantes).

Foram entrevistados ainda 26 representantes dos 19 principais serviços da rede de atenção a crianças em situação de violência intrafamiliar. Entende-se por principais, neste caso, aqueles citados nas entrevistas familiares que mantinham maior número de comunicações com o Conselho Tutelar e com as famílias, seja como denunciante, como instituições acionadas nos encaminhamentos ou como parte da rede de serviços acessada para o cuidado às crianças. Também foram incluídos profissionais de outros serviços, que

não apareceram como relevantes a partir das entrevistas com as famílias, mas foram referidos como serviços importantes por outros representantes institucionais.

Neste sentido, foram entrevistados 5 representantes da Assistência Social (CRAS e CREAS), 7 da Saúde (USF, NASF, CAPS, Serviço Neurológico e Serviço Comunitário), 5 da Educação (Escolas Municipais A, B e C, Escola Comunitária, Creche Municipal), 5 da Segurança Pública, Justiça e Direitos Humanos (Conselho Tutelar, 1ª Vara da Infância e Juventude, Delegacia Especializada de Repressão a Crimes contra a Criança e o Adolescente, Base Comunitária de Segurança) e 4 da Sociedade Civil Organizada (ONGs A e B e Biblioteca Comunitária).

5.4 INSTRUMENTOS

Foram instrumentos deste estudo dois roteiros de entrevista semi-estruturada com familiares de crianças vítimas de violência intrafamiliar (APÊNDICES A e B) e um roteiro de entrevista semi-estruturada com representantes das instituições da rede de proteção (APÊNDICE C).

Tais roteiros foram utilizados para orientar as entrevistas com famílias, coordenadores e profissionais dos serviços selecionados. O primeiro roteiro de entrevista com famílias, adaptado de De Antoni (2005) consta de questões de identificação, história familiar e recursos extra-familiares. O segundo roteiro de entrevista com famílias traz questões sobre a história de violência na família; o itinerário empreendido para lidar com esta, suas causas e consequências; e resultados percebidos pela família das intervenções realizadas.

O roteiro para representantes dos serviços apresenta questões de caracterização do serviço, abordagem da violência contra crianças e articulação com outros serviços. As entrevistas, assim como as observações de campo, foram seguidas de registros em diário

de campo, descrito por Neto (1994) como um instrumento fundamental, uma vez que nele são anotadas percepções, questionamentos e informações que não podem ser obtidas através dos outros instrumentos.

5.5 ANÁLISE

A análise foi feita a partir da transcrição e leitura exaustiva entrevistas e do diário de campo. Posteriormente, foram preenchidas as matrizes de análise com categorias previamente estabelecidas, ao que se seguiu nova análise para aprofundar as categorias emergentes.

As entrevistas familiares foram analisadas à luz de conceitos-chave da Teoria Ecológica do Desenvolvimento (BRONNFENBRENNER, 1996) e dos estudos sobre resiliência (RUTTER, 2012; UNGAR, 2013). Foi utilizado o apoio da matriz de análise de fatores de risco e proteção a famílias em situação de violência doméstica, desenvolvida a partir dos estudos de Koller e De Antoni (2004). Adicionalmente, foram feitas análises do itinerários terapêuticos (ALVES; SOUZA, 1999; GERHARDT, 2006; LEITE; VASCONCELOS, 2006) da famílias, concernentes às situações específicas de cuidado e violência contra crianças.

As entrevistas institucionais foram analisadas também com o apoio das noções de contextos de desenvolvimento, risco, proteção e resiliência. Adicionalmente, foram analisadas à luz das propostas de linha de cuidado (MALTA; MERHY, 2010; SANTOS; ANDRADE, 2011) e intersetorialidade (JUNQUEIRA, 2004).

5.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Trata-se de uma pesquisa que aspira como benefícios oferecer subsídios para transformações e avanços na articulação da atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência e suas famílias. Quanto aos riscos, por investigar episódios de violência, a

exposição dos dados dos prontuários, assim como dos relatos das famílias e profissionais participantes poderia ocasionar constrangimentos ou retaliações por parte dos envolvidos em tais ocorrências.

Para evitar que tal exposição ocorresse, foi condição para realização das entrevistas estar em local reservado ou oferecer ao entrevistado uma opção de local distante da sua residência (no caso de familiares) ou trabalho (no caso de profissionais). Nenhum dos entrevistados aceitou realizar a entrevista fora do domicílio ou serviço. Do mesmo modo, na escrita da tese foram omitidos nomes, datas, locais e quaisquer outras informações que possam facilitar a identificação e comprometer a privacidade dos sujeitos.

Foram cumpridas as determinações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2012), que contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Deste modo, foram tomadas medidas tais como a solicitação de autorização à Secretaria Municipal de Promoção Social e Combate à Pobreza, Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Educação, assim como apresentação de termos de consentimento livre e esclarecido (Apêndices D e E) aos participantes antes de realizar as entrevistas. Saliente-se que não houve remuneração aos sujeitos pela participação na pesquisa. As entrevistas foram iniciadas após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA (parecer número 962.167).

Após a defesa da tese, será realizada uma devolutiva comunitária, apresentando as principais considerações da pesquisa sobre a rede de proteção à criança em situação de violência no bairro.

6 EXPERIÊNCIAS FAMILIARES COM VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS

6.1 FAMÍLIA VIANA

A casa da família Viana está situada na região Norte da Nova Nigéria. Fica localizada numa vila paralela à rua principal, o que torna a localização e o acesso difícil para estranhos. Na ocasião da primeira visita, a pesquisadora responsável foi orientada por Valéria (informante chave da família) a, chegando em uma pequena mercearia, perguntar onde ficava “a casa de Valéria, irmã de Vitor e mãe de Valentina”. A procura foi marcada por olhares desconfiados dos vizinhos, e a casa foi encontrada apenas após novo contato telefônico. A desconfiança dos vizinhos foi imediatamente explicada: “é que meu irmão anda com os meninos aí [traficantes], quando você perguntou por ele, devem ter achado logo que era alguma coisa”.

A pequena vila, de cerca de 5 casas, é protegida por um portão. A casa tem uma sala, cozinha, banheiro, uma área dos fundos e um quarto separado da sala por uma cortina. Os filhos dormem em um beliche no quarto e os pais no chão da sala, no pouco espaço entre dois pequenos sofás antigos e uma estante. A estrutura da casa foi descrita pela entrevistada como “toda em ruína”, e a ajuda da prefeitura foi apontada como única possibilidade de conserto: “olha como tá o chão, ó, separando, tá vendo? A parede, lá no fundo, é solta solta. Cheio de rachadura aí. Tô vendo a prefeitura aí, pra ver se pode me ajudar com um material, com alguma coisa”.

O núcleo familiar de Valéria (36 anos) (Figura 2) surgiu da união da dona de casa com o pintor Valter. Valéria, então mãe de Vanderson (14 anos), fruto de um relacionamento anterior, deu à luz Valentina (12 anos) após 1 ano de relacionamento com Valter, que participou de uma das entrevistas. A noção de “núcleo”, porém, não

é a mais adequada para descrever esta família. A mãe (Vitória) e dois irmãos de Valéria (Vicente, 33 anos e Vitor, 16 anos) moram em outra casa no mesmo bairro, a qual Valéria refere que “é uma só, só muda o endereço”, pois as despesas, tarefas domésticas e responsabilidades com os menores são divididas entre os dois domicílios.

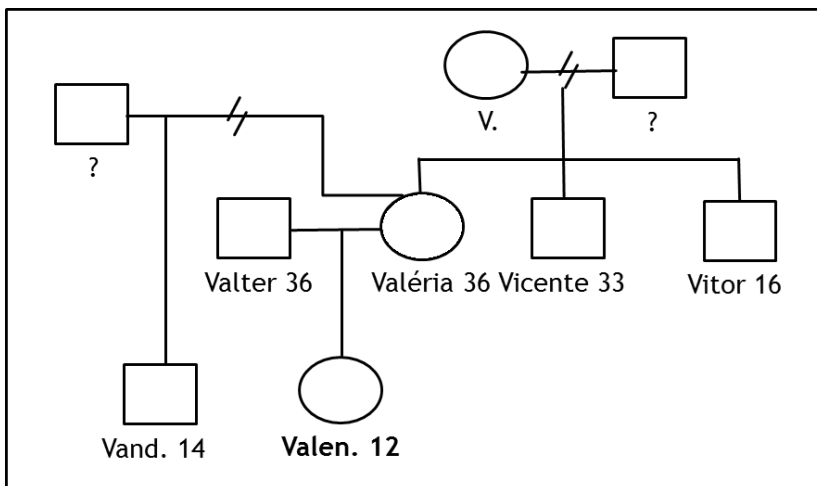


Figura 2 – Genograma da Família Viana

Valéria mora na Nova Nigéria desde criança, na casa da avó que a criou. Além da mãe e dos dois irmãos, tem tios moradores do mesmo bairro, com quem tem relação conflituosa, fruto da disputa pela casa da avó após a sua morte.

Aos 22 anos, em um relacionamento com um rapaz de outro bairro, Valéria teve a sua primeira gestação e deu à luz Vanderson. Refere-se à gestação, parto e puerpério do primogênito como um período complicado

Infelizmente, aí engravidei, né. Engravidei. Num mole que eu dei, engravidei. Ele ó [gesto de fuga], caiu fora. [...]minha família não queria não, queria que abortasse. Foi... Só que eu não quis abortar não, você é doido... e eu também não liguei. Eu tinha 20 anos, não liguei pra posto.... por sinal, tomei até bronca. Foi um parto complicado. Eu tive que tomar até soro, injeção lá de força, pra poder ter ele. O médico quase puxa ele com ferro [...] Ai ele [o pai]veio aqui quando nasceu. Ele veio aqui com um amigo dele olhar pra ver se parecia com ele. Ai foi que ele pegou o papel, foi e registrou. E ainda ficou com o registro, nem me deu.

Eu parida dele aí ó. O pai dele não me quis, me abandonou. Quando eu pari ele é que sei. Passei 3 dias aqui, ó, trancada, com fome. Se os

vizinho não arromba a porta, tava eu e ele morto. Porque ele ficava no peito, eu sem comer, desidratada, acabada.

Valéria descreve Vanderson como um garoto com talento para o futebol e para a percussão, porém com pouco interesse pela escola, o que gera os principais atritos com a mãe: “eu digo a ele: quem não estuda, pra mim é vagabundo. Quem não estuda só dá pra quem não presta. Todo dia é uma guerra”. Outro motivo frequente de discussão é o desejo de independência de Vanderson, que, de acordo com a mãe, “não quer fazer o que a gente manda. Ele não se governa”. Apesar dos conflitos, Valéria refere estímulo aos sonhos de futuro do filho, fazendo questão de associá-los aos estudos “ele disse que vai ser jogador. Como, se não quer estudar? E até jogadores aí, eu vejo aí, ó, todo mundo tomando seus cursos básicos aí. Ou profissionalizante de inglês, de espanhol... Porque ele acha a oportunidade, vai pra fora!”.

Valentina é fruto do relacionamento de Valéria com Valter. A mãe descreve a menina de 12 anos como carinhosa e dócil, porém “invocada” e violenta quando contrariada. Foi diagnosticada com hiperatividade e um leve retardo mental. Valéria atribui os problemas da filha à sua gestação difícil, pois estava em período de intenso conflito familiar em meio à disputa pela casa da avó

Os parente querendo que eu abortasse também. Eu disse que não ia abortar. Tomei uma queda. Perdi líquido. Uns 2 dias. Só que eu também não quis ir pro médico não. Sangrei e tudo. Mas acho que foi por causa dessas agonia também que ela... né, com esse problema aí de hiperatividade. Essas agonia. Quase todo dia tinha confusão. Nego vinha procurar confusão comigo, com meu marido. Tinha que chamar a polícia, não sei o que...

A primeira infância de Valentina também é descrita pela mãe como complicada, pois era agitada, dormia pouco e chorava muito “E aí eu levava pra médica, ela ‘não, porque é criança, nem todo mundo é igual’. Eu falava ‘não, doutora, oxe, não dormir? Nem de dia, nem de noite?’”. Valéria revela que a agitação da filha se mantém até os

dias atuais, podendo melhorar com uso de medicação: “Se não der remédio, ela fica parecendo esses povo quando usa droga, que fica na pânico. Oxe, e aí ela mexe tudo, não deixa ninguém dormir. ‘Mainha, abra o olho’, ela fica ‘mainha, converse comigo aí’ [risos]”.

Apesar da agitação e do temperamento lábil, os relatos de Valéria da sua relação com Valentina são em geral afetuosos e animados. Refere que, embora a menina esteja crescendo, mantém alguns comportamentos infantis, que ela estimula “Aí ela ouve Xuxa, aí tem dia que ela quer que eu fique com ela. Aí eu tenho que dançar [risos]. Porque tem que incentivar, né, que ela tá com 12 anos, mas.... e ela é grande, ela é quase da minha altura ou já é”. Também revela estímulo aos sonhos da filha, assim como faz com Vanderson

Ah, minha filha, ela disse que vai ser dona dos restaurantes e eu que vou ser cozinheira. Porque minha comida é gostosa. [risos] [...] eu digo, ‘ah, tem que estudar muito, viu’. Ela ‘a senhora vai ver, mainha, vou ter um bocado de restaurantes e a senhora vai ser a cozinheira, que sua comida é gostosa’

A relação de Valéria com a mãe é ambivalente, marcada pelo impasse entre a preocupação e o desejo de cuidar da mãe e a recusa desta em se engajar em autocuidado. Quanto aos irmãos, apresenta muita preocupação pelos dois, pois teme o envolvimento de ambos com drogas, a princípio enquanto usuários. Refere repetidamente nas entrevistas o alcoolismo da mãe, motivo de brigas familiares, internamentos e crises

ela bebe desde 17 anos. Bebe e fuma. Só que depois que minha avó morreu, parece que ela piorou. Não sei. Tá bebendo mais. Ainda para por causa do pequeno. De Vitor e ela diz que por causa de mim. Eu acredito que sim, porque ela sabe que eu que ajudo ela.

Atribui a esse problema a origem do envolvimento de Vitor (16 anos) com drogas, e se frustra com a recusa da mãe em se engajar em tratamento: “infelizmente

ela não quer ajuda, não posso fazer nada”. Hoje considera-se principal cuidadora da sua mãe e dos irmãos, justificando que ser a única filha mulher impõe a ela tal função.

E aí tudo nas minhas costas. Ele [Vicente, 33 anos] tem que trabalhar, tem que viver a vida dele. Filho homem não é igual a filha mulher, que tem mais aquele... num sei dizer, que é coração não.... não tem aquela, como é que fala, aquela dedicação toda. Nem todo filho homem tem, né, como a filha mulher. Filho homem é mais bandavô. Filha mulher não, filha mulher tem mais aquela dedicação.

Violência

A violência permeia o cotidiano da família, apresentando-se de duas formas principais: violência comunitária e violência intrafamiliar. Esta última tem temporalidade, tipos e atores diversos: faz parte tanto do passado como do presente, é física e psicológica, e tem todos os membros da família se alternando nos papéis de vítimas, autores e testemunhas.

A violência comunitária à qual a família estava exposta ficou evidente desde o início da primeira visita, quando Valéria falou sobre o envolvimento do irmão com os traficantes locais e revelou que o beco que dá acesso à sua casa é ponto de tráfico e um esconderijo comum dos “caras”. Essa proximidade com o ponto já fez a casa ser invadida duas vezes, fazendo com que ela não se sinta mais confortável em ficar de porta e janela abertas quando está sozinha com os filhos, e comprometendo até o lazer da filha mais nova, pois a mãe teme que “qualquer coisinha essas caras sobem correndo. Aí eu não confio. Os cara vai o que, pegar ela, né. Abusar, fazer alguma arte, fazer de refém”.

Na segunda visita, uma nova revelação: o irmão Vicente (33 anos), que participou brevemente da primeira entrevista, estava desaparecido. Ela revelou que Vicente era usuário de drogas, e por conta de dívidas já “tomou uns carreirão” (saiu

do bairro fugindo de traficantes). Semanas depois foi descoberto que o irmão havia se internado em um centro de recuperação para usuários de drogas num município vizinho.

A violência comunitária cerca de forma muito próxima a família Viana. Dois dos primos eram envolvidos com o tráfico na região Norte do bairro, e tiveram mortes violentas há cerca de 5 anos. Apesar do tempo decorrido e da instalação da Base Comunitária, a família continua insegura em frequentar a parte Sul, território dos traficantes rivais, conforme discutido anteriormente.

Mas eu não confio mais dele ir pra quadra lá embaixo jogar bola. Porque os caras lá tava chamando ele de alemão, de X9, botava pra voltar. [...] Aí quando você tem parentes que é do meio, quem não tem nada a ver sofre as consequências. Eu já tomei pedrada nas costas. Saindo do posto, tomei uma pedrada nas costas. O cara me chamou de alemão e disse que não queria X9 lá não. Tomei uma pedrada que eu fiquei sem voz.

Apesar dos claros exemplos de violência do entorno, Valéria pontua que a “Nova Nigéria não tem nada demais”, e em comparação com outros bairros, “aqui ainda é um bairro mãe. Porque se fosse no [nome de outro bairro], [nome de outro bairro], fosse na [nome de outro bairro], em outro lugar, eu poderia até dizer que é perigoso. Mas aqui? Aqui não tem nada de perigoso não”.

Pelos relatos da família, fica claro que a violência comunitária interfere na livre utilização dos espaços do bairro, no acesso a serviços e no direito ao lazer das crianças. A violência no entorno comunitário tem ainda forte impacto nas práticas educativas familiares, o que, para os pais, marca a diferença entre a criação na comunidade e a criação num condomínio.

Valter destaca a violência comunitária no bairro onde cresceu: “Eu fui criado no bairro de [nome de bairro distante], área mais perigosa. Cresci junto com assaltante de banco. Passava pra ir trabalhar, pra ir pro colégio, 12, 20 homens tudo armado,

planejando assalto, polícia invadindo”. Utiliza este quadro para justificar o uso de abusos físicos nas práticas educativas dos pais

Não me envolvi. Porque quando eu comecei a crescer, o que eu chegava dentro de casa com qualquer coisa, minha mãe procurava saber. E se eu não desse... e se fizesse qualquer coisa ‘óí, você errou, você vai cair na madeira [apanhar]’. Hoje em dia, tudo crescido, todo mundo lá trabalhador. Um é pintor, outro é mecânico, o outro é... entendeu? Ninguém ficou deprimido por causa disso. E eu agradeço a minha mãe mesmo. Porque em vários momentos eu via caras cheio de dinheiro, as mulher tudo babando em cima do cara. Arma. Entendeu? E aquilo ali, a sedução já tá ali.

Argumenta que este seria o melhor tipo de prática para combater o envolvimento das crianças com o crime em comunidades violentas, destacando que “a vida na favela é diferente da vida num condomínio” e que jovens de comunidades carentes estão mais vulneráveis tanto a se envolverem em crimes quanto a sofrerem abusos da polícia. E conclui que “então eu vim pra cá, comecei a criar meus meninos no mesmo regime que me criei”.

Assim como Valter, Valéria também sofreu violência intrafamiliar quando criança. A história de abusos e abandono na família remonta à avó que a criou. Segundo Valéria, ela

não teve infância, foi criada no juizado. Saiu, casou com um homem logo que não prestava, que foi o pai dos meus tios que já faleceu. E aí ela.... não sei se porque ela sofreu tanto assim, teve tanto filho – que ela teve 18 filho – mas agora morreu tudo, só tem acho que é 5.

A história de sofrimento da avó é utilizada por Valéria como justificativa pelo comportamento violento desta, que com frequência a colocava pra fora de casa e chegou a agredi-la com uma garrafa e um ferro de alisar cabelo.

Observa-se que enquanto Valéria atribui a violência do seu passado a características pessoais da sua avó, reconhecendo as práticas como inadequadas, Valter defende o seu uso instrumental para disciplinamento de crianças, principalmente em entornos violentos. Apesar da divergência de perspectivas, ambos

empregam a violência na educação dos filhos, e não hesitam em relatar nas entrevistas

Na comparação entre o passado e o presente, assim como a violência praticada pelos dois genitores, também é possível perceber como a violência sofrida no anteriormente assemelha-se à do presente em suas justificativas e métodos. O passado de Valter de uso instrumental de castigos físicos para disciplinamento de crianças, com emprego de força julgada compatível com a idade é reproduzido por ele com seus filhos atualmente.

Quando ela [Valentina] começou a fazer os errado, que eu tinha que exemplar ela, eu pegava a mão, tá vendo aqui, pegava esses dois dedos aqui [indicador e dedo médio], aí ela apanhava, que ela desse pra sentir, pelo menos uma dorzinha né, pra sentir. Apanhou, aí chorava. Eu fui criando assim, aí foi crescendo, aí já aumentava a mão, quatro dedos, cinco dedos, mas nada de “pá”, e pegar e... Não vou fazer um negócio que eu não sou maluco, também não fui assim, meu pai me batia também na mesma condição que ia crescendo (Valter)

Da mesma forma, a violência de Valéria contra seus filhos aparece mais associada ao seu estado físico e emocional, de forma que ela utiliza para justificar muitas das suas práticas, o mesmo argumento que utilizou para justificar as da sua avó: um frágil estado emocional.

Graças a Deus, esses dias eu não tô assim, mas tem dias que eu tô com a carne do corpo se tremendo. Eu “ó, Valentina, pelo amor de deus, você fique quieta. Não me diga nada, não me perturbe, que eu não tô muito boa. A carne tá se tremendo, eu tô com dor de cabeça, então fique quietinha”. Mas aí, quando eu falo, parece que ela aí faz de pirraça. Nesse dia ela me encheu. Nesse dia ela me encheu. Já tinha falado 500 vezes com ela. Quando eu não aguentei mais, eu abri esse portão, empurrei ela do portão a fora, ela saiu se estabocando toda aí. E ela “não sei o que, não sei o que”, que ela ainda debate, viu. Ela é queixona, ela quer ser mais do que eu. Aí que a fúria sobe mais ainda. Peguei ela pelo braço, cheguei e joguei da escada embaixo, não vou mentir. Eu disse a ela “sabe que eu vou presa, né”. Nesse dia foi... se não segura ela, e as vizinhas não me segurasse aí, tava ela morta e eu presa, né. Porque, minha filha, na hora da raiva você não pensa não. Eu mesmo, eu sou assim. Se tiver que me tirar do meu sério, pra me segurar vai dar trabalho. (Valéria, 36 anos)

Conforme observado, a violência no espaço doméstico da família Viana tem em geral os menores como vítimas e os adultos como autores. Porém, há também relatos de violência de criança contra criança, nos quais os adultos são apenas testemunhas. Houve relatos de agressões de Valentina a colegas de escola, ao irmão e ao tio mais novo

Mas ela sofreu duas vezes na escola, assim, de agressividade, desse jeito assim. Da última vez o menino foi enfiar o lápis nela. [...] na mesma escola, mas foi outro aluno. Aí eu peguei e tirei. Quis mais não. Aí ela pegou quebrou a menina no pau, no dia que a menina fez isso. Ela jogou a menina no chão, montou em cima, deu um bocadinho de murro. Chega quebrou o óculos, a escola queria que eu pagasse o óculos. (Valéria, 36 anos)

Às vezes ela briga com irmão, ela pega pau, faca... ela pegou, quebrou uma garrafa pra furar o pescoço de Vitor. [...] Vitor perturbando ela. Aí quando ela perde o controle, ela fala “ó, eu já falei, já falei”. Quando ela fala assim, se prepare, porque se fazer de novo [risos] [...] É assim... ela já pegou facão pra cortar o pescoço de meu filho, que é irmão dela. Porque se eu for no mercado, eu não posso deixar os 2 aqui. Aí ele vai comigo e eu deixo ela, ou eu levo ela e deixo ele aqui. É assim, nunca posso deixar os dois, porque aí sempre tem que ter alguma coisa. (Valéria, 36 anos)

Portanto, observa-se na família Viana, modos de se comunicar através da violência que permeiam o passado e o presente, reproduzindo-se intergeracionalmente. As crianças reproduzem entre si as violências sofridas dos adultos, e estes tendem a amenizar tais ocorrências utilizando como justificativa o estado emocional ou transtorno, especialmente no caso de Valentina.

Itinerários de cuidado

Embora a violência em si não seja vista como um problema sério pelo casal, ela é considerada um mal necessário, uma das estratégias possíveis para enfrentar o que eles consideram os reais problemas: lidar com o comportamento dos filhos e/ou afastá-los da violência comunitária. Portanto, no itinerário de cuidado às crianças, o uso instrumental da violência parece ser uma das estratégias experimentadas, diante da falha de várias outras.

No caso de Valentina, desde os primeiros meses a mãe ouviu de profissionais que a sua agitação era normal. Sem saber lidar com a criança, e recebendo reclamações de agressões contra colegas na escola, os pais foram escalando na violência até o ponto da denúncia dos vizinhos.

As alternativas para Valentina ocorreram paralelamente através de duas instituições diversas: o Conselho Tutelar e a escola. Por um lado, o Conselho agiu diante da denúncia, notificando a família e pactuando uma forma de “vigilância” com os vizinhos. Conforme referiu a conselheira responsável, à época da denúncia, no momento de decidir entre a indicação ou não de abrigamento da criança, escolheu estreitar laços com pessoas da vizinhança para que comunicassem novos casos ou novos riscos.

Por outro lado, na mesma época, Valentina já havia sido encaminhada pela escola para atendimento no Serviço Neurológico (SN), onde foi diagnosticada e está em acompanhamento até os dias atuais. Conforme refere a mãe

Ela é hiperativa, então essas crianças que é hiperativa não tem o autocontrole como a gente tem, né, quer ficar traquinando o tempo todo, qualquer coisinha perde as estribeiras aí bate mesmo, apronta. Mas depois que ela começou a fazer acompanhamento com o psicólogo, já tem cinco anos que ela ta fazendo, ela melhorou, não é mais desse jeito não. Mas não pode pisar no calo dela, que se pisar o bicho pega

A contribuição do SN ao itinerário da família não se limita a Valentina. A mãe recebe acompanhamento neurológico no serviço, para lidar com as suas enxaquecas, assim como eventuais consultas com a psicóloga. Da mesma forma foi oferecido à avó consulta com psiquiatra, para ajudá-la a lidar com seu alcoolismo, porém esta não compareceu.

Com os dois adolescentes, Vanderson e Vitor, o problema percebido pela família é a possibilidade deles se envolverem com o crime. Em todos os relatos de

violência contra Vanderson, Valéria justifica fazendo referência ao medo do filho ser acusado de roubo, ou mesmo de “virar vagabundo”.

A melhor forma de lidar com esta possibilidade, de acordo com os pais, é fazer os jovens se engajarem em outras atividades, sejam de trabalho remunerado, esporte, arte ou lazer. No caso de Vanderson, a mãe descreve diversas tentativas de inscrevê-lo em projetos sociais, que ocorrem em abundância no bairro. Um deles, conforme já referido, foi o futebol, no qual não foi possível a permanência devido à violência comunitária.

Para Vitor, que já faz uso de drogas e já foi acusado de envolvimento em crimes, Valéria buscou atividades remuneradas, porém sem sucesso. Neste ponto, passou a procurar o Conselho Tutelar em busca de aconselhamento e na esperança de privar o irmão de liberdade: “porque se for o caso, por mim interna ele, e ele só sai de maior, só sai de maior. Se for o único jeito de ele ficar seguro, de não se envolver... se afundar nas drogas”.

Em relação aos itinerários da família, é necessário refletir se houve realmente sucesso em pôr fim à violência física dos pais contra os filhos. Os relatos dos pais revelam que não houve mudança de crenças ou de práticas relacionadas ao uso de violência física contra as crianças após intervenção dos principais serviços (SN e Conselho Tutelar). Conforme informação do Conselho Tutelar, cerca de 6 meses após as visitas da pesquisadora houve nova denúncia contra Valter, por espancar Vanderson.

6.2 FAMÍLIA SILVA

A família Silva reside numa das transversais da Nova Nigéria. Como não foi possível entrar em contato por telefone, um líder comunitário levou a pesquisadora

responsável à residência, para que pudesse convidar um representante da família a participar. No topo da escada que dá acesso à casa, encontra-se uma sala grande, com uma estante de TV próxima à porta, algumas cadeiras e, deitada num colchão no canto oposto, Suzana (56 anos), informante chave da família.

Quando a pesquisadora chegou para a primeira visita, Suzana parecia ter acabado de acordar e um pouco atordoada em receber visitas, estava assistindo televisão. A pesquisa foi apresentada e Suzana questionada sobre qual seria o melhor dia para agendar a entrevista, ao que ela respondeu que estava disponível naquele mesmo momento, pois não tinha mais nada para fazer. A entrevista foi iniciada no chão, ao lado do colchão onde Suzana permanecia deitada.

Além da sala onde foi realizada a entrevista, a casa tem dois quartos, cozinha e banheiro. Conta também com uma área nos fundos, onde a família tem planos de construir mais dois quartos. Lá moram Suzana (Figura 3), seu filho caçula Saulo (12 anos) e sua filha do meio Selma (26 anos), com seu companheiro Silvano (26 anos) e suas duas filhas, Suely (8 anos, de relacionamento anterior) e Suria (2 anos). Outra filha, Silvana (28 anos), passa alguns períodos morando na casa, quando não está vivendo na rua.

O sustento da casa advém dos salários de Selma e Silvano. Ambos trabalham com vendas, ela numa grande empresa de TV a cabo e ele num comércio local pertencente à sua família de origem. Adicionalmente costumavam contar com o *Bolsa Família* de Selma, que foi cortado após seu ingresso na empresa atual e o de Suzana, que foi suspenso por falta de documentos, pois havia perdido seu RG na ocasião da última atualização cadastral.

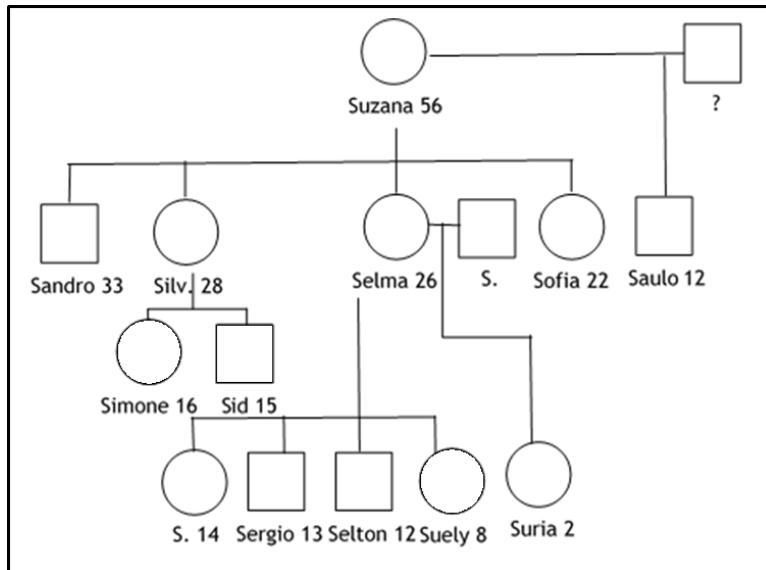


Figura 3 – Genograma da Família Silva

Suzana veio de uma cidade do interior da Bahia para Salvador ainda jovem, para trabalhar em casa de família. Em um primeiro momento, trabalhava em condições precárias, sendo responsável pela limpeza da casa em troca de alimentação, moradia e outras necessidades: “eu vim pra trabalhar. Aí eu trabalhava na casa de uma moça. Quer dizer, trabalho como se fosse da família, entendeu? Eu fazia as coisa, aí em vez dela me pagar, ela me dava assim roupa, sapato”. Refere que um tempo depois buscou outra casa onde trabalhar: “saí de lá pra ganhar meu dinheirinho, comprar minhas coisa. Aí eu comecei, trabalhando, né, em casa de família mesmo”.

A matriarca fala da sua família como um sonho realizado, pois “eu sempre queria ter um filho. Dizia ‘com fé em deus, eu vou ter meu filho’”. Aos 23 anos teve Sandro (33 anos), seguido por Silvana (28 anos), Selma (26 anos), Sofia (23 anos) e Saulo (12 anos). Questionada sobre os pais dos seus filhos, responde que “o pai deles mesmo é Deus”. Todos os filhos tiveram pais diferentes, e o único companheiro com quem Suzana morou foi o pai de Saulo, que morreu após 6 anos de relacionamento.

Suzana descreve o passado de criação dos seus filhos como de muita luta. Referiu que levava Sandro ainda bebê junto com ela para o trabalho, até o dia em que a patroa sugeriu que deixasse seu filho com terceiros:

Aí eu tinha que ir pro trabalho. Eu tinha que tá no trabalho 6 horas, eu ia com ele. [...] aí eu ia com ele, 6 horas da manhã. Que chovesse ou fizesse sol, eu levava ele. Aí eu fiquei muito cansada. Aí minha patroa falou assim “pague uma pessoa pra tomar conta dele”. Aí eu paguei uma pessoa pra tomar conta dele. Aí eu ia pro trabalho de manhã, quando era de noite eu pegava ele, trazia pra casa.

Estes cuidados por vizinhas foi uma importante parte da criação dos filhos de Suzana, uma vez que o único sustento da família dependia do seu trabalho em casas de bairros de classe média-alta próximos. Porém, a atuação das vizinhas não era considerada satisfatória, pois “pagava as pessoa pra tomar conta, as pessoa não tava nem aí. Nego só queria comer dinheiro. Pagava Belmira pra tomar conta, uma vizinha aqui. Oxe, era mesmo que nada”. À medida que cresciam, o papel de cuidador passou a ser de Sandro, conforme refere Suzana “que às vezes eu não achava ninguém pra querer olhar eles. Aí ele ficava dentro de casa, olhando as irmãs. Silvana, Selma e Sofia”.

As crianças fugiam com frequência – da própria casa, da casa de vizinhos ou da escola – conforme relata Suzana.

Aí eu ia pro trabalho, botava na escola. Daqui a pouco a professora me ligava “ah, Silvana mais Sandro não tá aqui não”. Aí eu corria atrás. Andava essa [nome de bairro contíguo] toda, andava esse [nome de bairro contíguo] todo procurando essa menina pra ir pra escola. Aí achava, dava uns tapa, botava pra dentro de casa. Aí no outro dia ia pra escola. Aí no outro dia, se arrancavam de novo. Depois da merenda, passava pelo muro, se arrancava pra rua.

Eu pagava uma menina que mora ali embaixo, chamava Rita. Chama Rita. Oxe, ficava. Até que Sofia mais Selma ficava. Daqui a pouco, dava uma brecha, eles, ói [gesto de fuga com as mãos].

Na adolescência, as fugas de Silvana passaram a ser não apenas durante um dia, como na sua infância com os irmãos, mas por vários dias e noites, o que envolvia peregrinações de Suzana à procura da filha e até intervenções do Conselho Tutelar

bom, eu me lembro que os pessoal do conselho tutelar chegava aqui, aí mandava eu ir lá, né. Que era pra buscar Silvana. Aí chegava lá era bem atendida. Eles me atendia, ela tava lá. Eu pegava ela, trazia pra casa. Ela ficava um tempinho, aí depois ela... ia de novo.

Quantas vezes eu saía daqui, parecendo uma maluca, sozinha, de madrugada, procurar esses pessoal no [bairro vizinho]. Você precisava ver, cada boca [ponto de drogas]. Nego disse ‘Suzana, eu vi Silvana em tal lugar’. Aí eu pegava uma roupinha, botava na sacola e tudo, e lá vai eu. Chegava “minha tia, tá procurando quem?”, eu “é uma menina”, mostrava a foto dela, “é sua filha?”, “é”, “ah, ela tá em tal lugar”. Eu ia. Entrava em cada boca. Aí lá vai eu. Quando chegava, encontrava uma galera. “Minha tia, pra onde a senhora vai?”, “eu tô procurando fulana de tal, tô procurando Silvana”, “o minha tia, ela tava aqui nestante, já saiu”. Aí eu voltava. Parecendo... você precisa ver, descalça....

Atualmente os filhos de Suzana tomaram rumos diferentes. Sandro está desaparecido há alguns anos (Suzana não soube precisar quantos). Por ter se envolvido em roubos, há uma suspeita de vizinhos de que ele tenha sido morto, porém Suzana já percorreu serviços de buscas com Selma e Sofia, e nunca teve notícias. Com esperança, a mãe refere que “mas morto ele não tá não. Sabe por que que ele não tá? Porque se ele tivesse eu sentia alguma coisa. Eu não sinto não”. A última notícia que teve do filho foi quando o encontrou olhando carros na rua e ele relatou estar indo para o Rio de Janeiro com um amigo.

Silvana (28 anos) passa boa parte do seu tempo em situação de rua, voltando para a casa da mãe por curtos períodos. Teve sua primeira gestação aos 12 anos (Simone, 16 anos) e a segunda aos 13 (Sidney, 15 anos). Simone foi abrigada e adotada aos 8 meses, e Sidney morou na casa de Suzana durante boa parte da infância, passando a morar na casa do pai após intervenção do Conselho Tutelar.

Selma (26) teve sua primeira filha aos 12 anos (Luciana, 14 anos), o segundo aos 13 (Sérgio, 13 anos) e o terceiro aos 14 (Selton, 12 anos). Posteriormente teve Suely (8 anos, pai falecido) e Anabele (2 anos, fruto do relacionamento presente), que atualmente moram com ela e o companheiro. Nenhum dos três primeiros filhos moram com Selma: Luciana é criada pela avó paterna, Selton pelo pai e Sérgio foi abrigado e adotado aos 8 anos. Suzana fala com orgulho que Selma atualmente trabalha de carteira assinada, sem fazer referência a vícios ou problemas na vida adulta da filha. Porém, relatos da conselheira tutelar referem que a jovem faz uso abusivo de drogas, ao qual atribui a causa principal das suas gestações precoces e dificuldades de criar os filhos.

Sofia (22 anos) mora num bairro distante com o marido e o filho, porém faz parte do cotidiano da família através de contatos telefônicos e visitas. É considerada a “melhorzinha”, por não ter apresentado os mesmos problemas de fuga e/ou gravidez na adolescência dos seus irmãos mais velhos. Sua melhor condição de vida é atribuída por Suzana à oportunidade que a filha teve de estudar em um colégio particular.

Saulo (12 anos) é fruto do único relacionamento referido por Suzana. É descrito pela mãe como uma criança muito mais tranquila e fácil de lidar do que seus irmãos. Após a morte do companheiro, quando Saulo estava na primeira infância, Suzana teve o que foi caracterizado pela conselheira tutelar como um “surto” e Saulo foi morar com uma vizinha. Há alguns anos essa vizinha faleceu, levando-o a voltar a morar com a mãe.

Ao descrever a sua família, filhos e netos, Suzana faz relatos afetuosos, parecendo se divertir especialmente ao contar as histórias de infância dos filhos

Silvana mesmo era assim. Levava Silvana daqui pro hospital, as vezes cansando e com febre. Oxe, quando chegava lá, Silvana tomava uma nebulizaçãozinha, uma injeçãozinha. Silvana ficava boa rapidinho, começava a aprontar (risos) E eu correndo atrás de Silvana pra lá e pra cá. Os médicos tudo dando risada, aquele negocinho gordo. Que ela era gordinha. [risos] Gordinha, parecendo uma bola.

Às vezes eu trabalhava num prédio ali em cima, né. Aí de vez em quando eu olhava da varanda. Aí quando eu via, na varanda, né, que eu botava a cabeça que olhava pra baixo, ia os quatro abraçado vindo lá da praia [risos]. Da praia, minha filha. [...]Os 4 abraçado. Aí vinha de lá pra cá. Eu “meu Deus do céu, ói pra esses menino, meu Deus!” [...] “em vez de ir pra escola, esses menino foi pra praia!”.

Descreve de forma orgulhosa como Sandro, apesar das “amizades” que o influenciavam a fugir e se envolver em delitos quando adolescente, era cuidadoso com as irmãs menores: “eu deixava eles aqui, ele tomava conta. Aí quando eu chegava, elas já estava bonitinha, arrumadinha, penteadinha”. Se emociona ao falar dos netos, referindo sentir saudade e mostrando ressentimento pela forma como as crianças foram “levadas”. Faz questão de destacar a aparência física dos filhos e dos netos, chegando a associar essa “beleza” à facilidade com que os netos foram abrigados pelo Conselho Tutelar e adotados por outras famílias. Assim, descreve Simone (16 anos) como “bonitinha. Da sua cor assim, com o cabelo liso, castanho claro. Linda linda” e Suria (2 anos) como “uma galeguinha bonitinha”.

Ao falar sobre Sérgio, emocionada, destaca a beleza, a inteligência e popularidade da criança, abrigada aos 8 anos: “bonitinho, precisa ver, é lindo. [...] ele era... é sabido. Aqui na rua ele conhecia todo mundo. E todo mundo também gosta dele”.

Violência

Foi observado que a violência na família Silva, assim como na família Viana, apresenta diferentes *loci*, formas, vítimas, autores e testemunhas. Os Silva, assim como a família anterior, têm sua história e seu cotidiano permeado pela violência

comunitária. A violência intrafamiliar apresenta como forma principal a negligência, embora haja relatos de uso de violência física nas práticas disciplinares.

A violência comunitária no entorno da residência dos Silva foi inicialmente evidenciada na ocasião da primeira visita, quando o líder comunitário, à medida que ia se aproximando da casa, cumprimentava brevemente as pessoas, e sinalizava envolvimento de alguns com o tráfico de drogas. Destacou, porém, que a fama de violento do bairro era injusta, garantindo que a pesquisadora não estava correndo nenhum risco ali.

Outra face da violência comunitária mostrou-se na própria casa de Suzana. Embora ela evitasse descrever claramente os delitos de Sandro, fragmentos do seu relato, assim como informações do líder comunitário e da conselheira tutelar referiam envolvimento do rapaz em roubos, tendo ligação direta com seu desaparecimento e possível morte.

A violência intrafamiliar se apresenta nos relatos de Suzana como parte do passado e do presente. No passado, a negligência tem forte origem socioeconômica, sendo condicionada pelo seu status de chefe de família e única provedora. Ao se referir às fugas dos filhos, Suzana as caracteriza como “coisa de criança mesmo”. A matriarca sofre acusações de seus filhos pelas suas práticas educativas, em resposta ela faz questão de destacar e dar exemplos de como fez o que pôde diante das circunstâncias

Até dentro de casa mesmo me cobram, porque “teve filho por causa de mim, que não sei o que” [Silvana e Selma tiveram suas primeiras gestações aos 12 anos]. Eu não. Eu fiz o que pude. Ói, Selma se envolveu com André, eu fiz isso assim ói: “Minha filha, não se envolva não, não vai dar certo, pegue o caminho”, ela falava, “vou mesmo, gosto mesmo”.

Na nova geração da família, a negligência também é o motivo da recorrente intervenção do Conselho Tutelar. Dos 8 netos de Suzana, 3 já sofreram intervenção do Conselho Tutelar, sendo 2 deles abrigados e posteriormente adotados. A primeira criança a ser retirada da convivência familiar foi a primogênita de Silvana, aos 8 meses, de acordo com relatos de Suzana

Porque ela [Silvana] teve Simone, morava com um rapaz, entendeu? Ela não tava comigo não. Quando ela teve Simone, ela ia fazer 13 anos. Ela conta que ela tava na casa da sogra, aí a menina faltou o leite. Entendeu? Aí ela pegou a menina e foi atrás do pai na rua, pra poder o pai dar o dinheiro pra comprar o leite. Aí, quando ela tava na praça com a menina, aí o Conselho Tutelar passou e pegou

O segundo filho de Silvana chegou a morar na casa da família materna durante a infância, até adquirir os mesmos hábitos do seu tio: fugir para “olhar carro” (cuidar de carros estacionados)

mas Sidney não precisou eu correr atrás não, porque eles pegou ele na rua olhando carro, aí levou. [...] Ele em vez de ir pra escola, ia pro supermercado... ficar lá, olhar carro... aí pegaram. Mas ele tá bem, ele mora em outro bairro com o pai.

A ocorrência mais recente de negligência, que fez a família ser indicada para a pesquisa, foi com Sérgio, segundo filho de Selma. Na época moravam na casa Suzana, Sofia e Sérgio, enquanto Selma morava com um companheiro e seu terceiro filho. Ocorreu há cerca de 5 anos, conforme relata Suzana

Naquela época eu tinha que tomar remédio controlado... dormia muito.... era ruim [...] eu cheguei também a ficar internada, mas.... Deus é mais [...] foi por causa mais disso mesmo que levaram ele. Porque Selma não tava aqui, Selma tava morando com um rapaz. E Sofia nesse tempo era pequena. Pequena quer dizer, tinha acho que 16 pra 17 anos, não tinha responsabilidade. O pessoal aí, né... você sabe. Fizeram enxame. Em vez de pegar o menino, ficar com o menino e tentar ver se localizava a mãe. Aí ficaram fazendo enxame, aí a moça que trabalhava no Conselho Tutelar, pegou levou.

A violência física e a psicológica são as formas menos frequentes nos relatos da família. Têm seu uso instrumental para fim de prática educativa e de intensidade

pequena, sem deixar marcas ou sequelas físicas. Embora Suzana refira uso de “uns tapas” para educar seus filhos no passado, a autora preferencial da violência atualmente é Selma, conforme relato

Aí Selma dá uns grito [risos] aí eles fica quieto. E eu... coração bobo de mãe. Reclamo, mas né maltratando não. [...] Quando eles tá abusando, Selma dá uns tapa. Aí pronto. Fica quieto, numa boa. Ela pega, dá uns tapa, e todo mundo fica quieto. Aí pega o celular, vai jogar, brincando... jogando bola... entendeu? E eu... eu reclamo também. Quando eu vejo que eles não tá querendo me obedecer, eu deixo eles quieto. Deixo eles lá e fico na minha. Entendeu? É assim.

Itinerários de cuidado

Os itinerários de cuidado da família Silva são difíceis de delinear. Aqui, o grande problema percebido é o cuidado diário a crianças pequenas, principalmente em arranjos monoparentais, onde a mãe é a única provedora. Neste sentido, confia-se em dois recursos principais: creches e familiares ou vizinhos.

O recurso da creche foi amplamente utilizado por Suzana, que refere que seus 4 filhos mais velhos foram inscritos na creche do bairro. Entre os netos, porém, nenhum passou pelo estabelecimento. Esta informação confirma o que foi referido por Cláudia (conselheira tutelar), sobre a dificuldade de encontrar vagas na creche nos últimos anos, após a municipalização do serviço.

O apoio dos vizinhos foi uma estratégia utilizada por Suzana e reproduzida por suas filhas. Suzana faz questão de destacar as diferenças de apoio dentre os vizinhos: “os vizinho passava o olho, mas tinha a pessoa certa que eu pagava pra tomar conta”. Conforme previamente referido, este serviço de “tomar conta” era considerado por Suzana insatisfatório, uma vez que Sandro e Silvana fugiam das cuidadoras com facilidade.

As filhas tiveram oportunidades diferentes de Suzana. Ao contrário de Suzana, que não tinha parentes em Salvador, Silvana e Selma tiveram a própria mãe como primeiro recurso de apoio ao cuidado dos filhos. Sidney (15), Luciana (14), Sérgio (13) e principalmente Selton (12) ficavam aos cuidados de Suzana quando crianças: “Selton era assim, quando Selma saía, eu dava mama a Selton. E quando eu saía, aí Selma dava mama a Saulo. [...] Selma teve Selton. Aí, com quase um mês que Selton tinha, aí eu tive Saulo”.

Diante da crise de saúde mental de Suzana, que ocasionou a negligência e o abrigo de Sérgio, o itinerário de cuidado às crianças parece ter mudado. Para Suria (2), filha menor de Selma, foi preferido utilizar a vizinhança como recurso: “Ela [Suria] ficou aqui com a gente. Mas depois Selma teve que trabalhar. Aí Selma pagou uma menina pra passar o olho nela. Aqui de baixo mesmo, a vizinha”.

A retirada de crianças do domicílio pelo CT ocorreu na família de Suzana três vezes, cada qual com seu itinerário e desfecho específicos. A primeira foi Simone, retirada do convívio da mãe adolescente aos 8 meses, após ser vista por funcionários do conselho tutelar em praça pública.

Aí, quando ela tava na praça com a menina, aí o conselho tutelar passou e pegou. E ela em vez de, nessa época, em vez de vir pra casa, chegar aqui me avisar, não. Ela ficou lá, entendeu? Aí, quando eu vim saber, ela já tava já em Simões Filho, lá na casa da criança lá. Tava lá em Simões Filho. E aí, quando eu fui conhecer ela, ver a menina, aí eu também não tava em condições de trazer ela pra casa. Isso eu não tava vendo Silvana. Eu soube, né... por causa de outras coisas. Aí eu fui lá visitar e tudo. Gostei da neném e tudo, mas... fui lá pra resolver, pra ver o que ia fazer Aí fui atrás de Silvana, aí não achei Silvana pra correr atrás comigo.

Considerando que Silvana não estava morando na sua casa e não comunicou a mãe sobre o ocorrido na época, Suzana julgou o desenrolar do caso e o desfecho

insatisfatórios. Segundo a mãe, não houve engajamento de Silvana na recuperação da criança, que acabou sendo adotada por uma família estrangeira.

Quanto a Sidney, que deixava de ir para a escola para trabalhar como guardador de carros num supermercado próximo, segundo Suzana, a resolução da questão foi tranquila para a família, pois houve notificação prévia pela conselheira tutelar responsável e breve realocação da criança na casa do pai: “um dia, aí a moça teve aqui comigo e tal. Aí foi um mês mais ou menos, aí tiraram ele”.

O terceiro e último a ser afastado do convívio familiar foi Sérgio, filho de Selma. Conforme referido anteriormente, foi uma das intervenções mais difíceis, pois se sobrepôs à crise psiquiátrica de Suzana e culminou na adoção da criança por outra família. Em meio a uma crise, Suzana era negligente com o menino de 8 anos, deixando-o em casa sozinho ou levando-o para vagar pela rua de madrugada. Na descrição do itinerário, Suzana frustra-se com a atuação dos vizinhos: “O pessoal aí, né... você sabe, né. Fizeram enxame. Em vez de pegar o menino, né, ficar com o menino e tentar ver se localizava a mãe. Aí ficaram fazendo enxame, aí a moça que trabalhava no Conselho Tutelar, pegou levou”. Do mesmo modo, mostra-se insatisfeita com a atuação do CT, chegando a acusar os funcionários de planejarem a retirada da criança do domicílio

Aí, ainda vinha aqui conversar comigo. Mandava recado que ia me levar lá pra ver o menino. Eu ficava parecendo uma boba esperando. Nunca me levava. Isso aí era tudo combinado já, sabe como é que é? [...] combinado que eu falo é assim, já achar a pessoa certa pra poder chegar e tirar o menino

6.3 FAMÍLIA DIAS

A família Dias é a única das 3 famílias que mora na rua principal da região Norte bairro. A casa é protegida por grades do chão ao teto e um portão empinado –

lembrança das fugas da filha do meio (Débora, 26 anos) quando adolescente – seguido por uma pequena varanda. A sala, também pequena, conta com 2 sofás, uma estante e uma televisão. Ademais, a casa conta com dois quartos, cozinha e banheiro.

Assim como na família Silva, a casa foi localizada com ajuda de um líder comunitário. Em um primeiro momento, foi encontrado apenas Danilo (16 anos), que cumprimentou a pesquisadora e o líder comunitário, e comunicou que Dalva (55 anos) estava dormindo. Embora ficasse evidente o comprometimento mental de Danilo, que tinha gestos e palavras incompatíveis com a idade, o garoto pareceu no primeiro momento tranquilo e minimamente sociável.

Nova visita foi feita cerca de 1 hora depois. Neste segundo momento, Danilo estava agitado, trocando gritos com a mãe, Daniela (24 anos) e Denilson (32 anos), seus irmãos. Após a explicação da pesquisa ainda na varanda, Dalva convidou a pesquisadora a entrar e os gritos continuaram. Mãe e filha ordenavam que Danilo ficasse quieto. Diante da continuidade da agitação, Daniela (24 anos) pegou um cabo de vassoura e ameaçou Danilo, cuja a agitação se intensificou por alguns minutos, até que um primo que estava presente o conteve calmamente e o levou para o quarto.

O contato inicial com os Dias demonstrou que, embora o motivo de passagem da família pelo Conselho Tutelar tenha sido a negligência de Débora (26 anos) aos seus filhos menores, a violência física também permeava o cotidiano da família. A agressão com o cabo de vassoura pareceu ser corriqueira, sendo evitada naquele momento apenas pela intervenção do primo e pela presença da pesquisadora. Tal informação foi confirmada ao longo da entrevista, quando Dalva revelou que “hoje mesmo ele está assim, ela [Daniela] meteu o pau nele... [...] quando a gente bate nele, ele fica nervoso”.

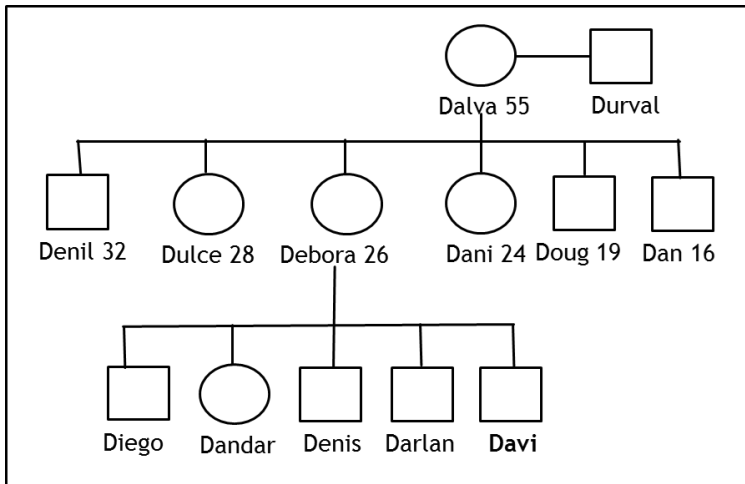


Figura 4 – Genograma da Família Dias

Atualmente Dalva (Figura 4) mora na casa com seu companheiro Durval (9 anos de relacionamento) e quatro dos seus seis filhos, Denilson (32 anos), Daniela (24 anos), Douglas (19 anos) e Danilo (16 anos). O sustento da casa advém do *Bolsa Família* dividido com Dulce, do benefício previdenciário de Denilson, do trabalho de Douglas, dos serviços de pintor de Durval e de eventuais vendas de cosméticos de Dalva. Na residência, Douglas é o único que trabalha com a carteira assinada de acordo com o código de leis trabalhistas, num supermercado próximo.

Daniela concluiu o ensino médio, mas não entrou no mercado de trabalho. Encontrava-se na residência na ocasião das duas entrevistas. Denilson tem um comprometimento mental atribuído a uma queda há 8 anos. É acompanhado num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), já tendo passado também um período internado no Hospital Juliano Moreira.

Danilo é descrito pela mãe como quieto e pouco sociável, principalmente na escola, e “nervoso” em casa: “Não brinca com ninguém. Nem ninguém... nem vai pra casa dos outros, nem os outros vem pra aqui. E nem ele fica na rua”. Apresenta um comprometimento mental que segundo a mãe foi diagnosticado como um déficit de atenção, porém com agravamento recente. A piora, de acordo com informação do

psiquiatra reproduzida pela irmã, vem da mimetização do comportamento do irmão mais velho:

ele ficou assim de um tempo pra cá. Porque ele imita muito o irmão dele [Denilson] que é doente. Ele não é... você vê que até o psiquiatra falou que ele tem um problema de aprendizado. Aí ele fica. Você vê que quando o irmão dele tava internado ele tava bem tranquilo, dormindo de tarde.... deitado. Não tava se batendo tanto. (Daniela, 24)

Fazem parte da família, ainda, a mais velha das filhas mulheres, Dulce (28 anos) e a do meio, Débora (26 anos). Dulce mora em um bairro próximo com o marido e dois filhos. É referida como a filha com a situação de vida mais estável, já tendo acolhido temporariamente um dos filhos de Débora, e sendo a principal interventora junto à irmã para resolver a situação de abrigamento dos sobrinhos: “Dulce já foi lá [no abrigo]. Umas 3 vezes. Mas quem tem que tá indo sempre é a mãe. [...] Ela disse que vai onde ela [Débora] mora. Conversar com ela, pra ver. Se for com ela, né... comigo não, mas com ela lá ela pode ir”.

Débora é descrita pela mãe como a filha que “deu trabalho”. A jovem fugia desde a adolescência, conforme relatos da mãe

Desde 15 anos, quando tinha 15 anos que ela começou a dar trabalho. Esse portão daí tá assim empinado. Ela puxou, não sei como foi. Eu trancava, ela, não sei como ela conseguiu arrancar esse portão. [...] Saía mesmo, a gente ia atrás dela de madrugada.... sempre foi respondona, menina. [...] Saía pra namorar, né. Passear com as outras. Se não deixava, saía escondido, né.

Débora teve 5 filhos, dos quais 2 moram com as respectivas avós paternas e 3 estão abrigados. No período das entrevistas, estava morando num bairro distante com o companheiro há cerca de um ano, e estava grávida. A gestação era vista com desaprovação pela mãe: “tá grávida de novo. [...] mora com o marido. Mas não importa, né? Não era nem pra ter mais filho”. Porém havia certa expectativa de

mudança, influenciada pelo atual companheiro: “Agora ela tá calma, quieta. Que tá com esse marido aí. Que mora com ela mesmo. E já tem meses. Já tem tempo. Daqui uns dias faz um ano”.

Ao contrário das outras entrevistadas, os relatos de Dalva sobre a sua família demonstram poucos afetos positivos, satisfação ou alegria. A maior parte dos relatos, especialmente ao tratar de Débora e sua prole, são mais frios ou ressentidos: “O problema não é ninguém não, o problema aí é ela! Pra que filho, uma pessoa dessas? Ela teve o primeiro. Não era nem pra ter o primeiro! Teve o primeiro e a segunda, o que que ia fazer? Ela é burra! Pra ela mesma!”.

Porém, ao falar sobre Danilo, assume um tom orgulhoso ao dizer que “Ele é quietinho. O menino mais quieto da escola. Da escola! [...] todo mundo gosta dele”. Sobre Dulce, parece falar de uma parceira, por ser a filha com a vida mais estável, a quem todos podem recorrer em momentos de crise.

Violência

Conforme é possível perceber pelos relatos, a experiência da família Dias com a violência se limita a um *lócus* principal: a residência. Ao contrário das outras famílias, a violência comunitária aqui não parece ser um grande limitador das rotinas, nem recebe grande importância nos relatos. Porém, é possível perceber como o discurso dos grupos de traficantes permeia até as “brincadeiras” feitas com o filho caçula na rua, nas quais jovens da vizinhança o acusam de fazer parte do grupo rival

Quando vai aí comprar [pão], uma vez ou outra, é direto, os menino chama ele de alemão. Sabe que... bairro como é, né. Aí ele não gosta. Quando chamam ele de alemão e caveira, ele não gosta. Essas coisas de malandro mesmo, né. Que é eles mesmo que são, aí chama ele, ele não gosta.

No contexto domiciliar a violência se apresenta em dois tipos principais: a negligência e a violência física. A negligência de Débora com seus filhos foi o que motivou os repetidos contatos da família com o Conselho Tutelar. Segundo a mãe,

[Débora] gostava de rua. E as vezes ela saia com os filho. Quando ela teve filho, ela ficava... ela amanhecia o dia na rua com os filho. Oxe, era... ela amanhecia o dia, ela tomava cerveja. Uma, duas, três horas da manhã. Com o filho no braço. O povo falava até pra a conselheira isso. Que via ela. Ela com o filho. Todo enrolado, tomando cerveja. Uma hora da manhã, duas, é mole?

O primeiro dos filhos de Débora a sofrer intervenção do conselho tutelar foi Diego, o mais velho. Segundo Dalva, após a separação dos pais a criança circulou entre a casa do pai, de parentes paternos e de Dulce, até que o pai tentou entregá-lo sob sua guarda. Sem condições de ficar com a criança e sob o argumento de que “Quem tinha que ficar era o pai”, Dalva procurou o Conselho Tutelar. Após negociação entre a família, mediada pelo Conselho Tutelar, Diego hoje habita em outro bairro com a avó paterna.

Após Diego, Débora deu à luz Dandara, que atualmente mora com a avó paterna num bairro vizinho, e Denis, que foi abrigado em circunstâncias desconhecidas por Dalva e hoje aguarda finalização do processo de transferência da guarda para a genitora do pai. Em seguida nasceu Darlan, que passou seus primeiros meses vivendo num abrigo junto com a mãe. Segundo Daniela, havia queixas de maus tratos de Débora contra o filho dentro do abrigo, que evoluiu para abandono do local pela mãe e denúncia dos próprios funcionários.

O último dos filhos de Débora a sofrer negligência foi Davi. Trata-se de uma ocorrência mais marcante para a família, pois o resgate da criança ocorreu na residência da sua avó e tios, além de envolver violência de Débora contra a conselheira responsável pela ação.

Segundo Dalva, Débora e Davi moravam com ela e os outros 4 filhos na casa da família. Considerando a impossibilidade da avó de cuidar da criança, devido à sobrecarga com Danilo e Denilson, Débora deixava Davi aos cuidados de vizinhas enquanto trabalhava, prática corriqueira na comunidade. Quando utilizado por Débora, porém, este arranjo tinha algumas características peculiares

Como sempre, ela deixou os filhos na casa dos outros pra tomar conta. Nos primeiros dias ela ia certo, depois.... pra tirar de tempo... depois ela deixava lá. A vizinha não tem obrigação, né? [...] Depois... aí a pessoa entregava, ela ia pra outra pessoa, tomava conta, fazia a mesma coisa. Já tava calejado isso. Ela já era acostumada a fazer isso.

Na última vez que Débora se engajou nesta prática, após 10 dias sem aparecer para buscar Davi, a cuidadora envolveu Dalva e o Conselho Tutelar. Num primeiro momento, deixou Davi aos cuidados da avó relutante, e num segundo momento acionou o Conselho Tutelar

Ela deixou o menino na casa da moça tomando conta. Só que ela demorou, a moça veio aqui entregar. Eu, como é que eu posso ficar, se eu já tenho esses 2 aqui? Aí indicaram a casa aqui, né. Indicaram não, a moça que tava tomando conta do menino....

Na ocasião em que a conselheira foi à residência buscar a criança, Dalva estava doente, e o único presente era Douglas. Ao descobrir que o filho havia sido levado, Débora foi ao Conselho Tutelar e ameaçou a conselheira responsável com uma faca.

Débora chegou a ir lá no conselho. Acho que Débora queria furar ela, a conselheira. Tanto como 2 vezes. Foi lá. Aí foi que ela ficou com medo, né. Ficou com medo. Eu acho que Débora chegou com a faca no rosto dele. Mas queria furar de faca. [...] Aí depois ela foi lá de novo. Pegar essa conselheira. Acho que ela ficou com medo, não saiu mais. Débora queria furar ela de faca. Acho que chegou a dar um tapa na.... eu acho que chegou a dar um tapa no rosto dela. Da conselheira.

Já a violência física, assim como em outras famílias, fazia parte do passado e do presente da família Dias. No passado, a dificuldade já referida de lidar com Débora

era motivo de agressões físicas subsequentes às suas fugas. No presente, embora não pareça ter sido captada pelas agências de proteção, saúde, educação ou assistência social, é parte cotidiana do trato com Danilo

Ele é um pouco pirracento. Eu mando ele tomar banho pra ir pra escola, ele demora. Você tá vendo que ele está pirraçando, a gente conhece, né. Hoje mesmo, eu chamei ele ia dar 7 horas, na hora que ele resolveu tomar o café ia dar 8 horas. E ele saiu daqui era 10 pras 8, pra escola. É lá em cima. Mas você sente que ele está pirraçando. Aí eu bati nele, ele começou a pular, bateu a sandália no chão. Bateu na cabeça. Ele mesmo dá murro na cabeça dele.

A mãe reconhece os efeitos deletérios da violência física sobre o comportamento do filho, como discutido anteriormente: “é, hoje mesmo ele está assim, ela [Daniela] meteu o pau nele... [...] quando a gente bate nele, ele fica nervoso”. Porém, esta percepção não parece ter estimulado o emprego de estratégias alternativas.

Itinerários de cuidado

Assim como nas outras famílias, as duas formas principais de violência identificadas no cotidiano dos Dias traduzem-se para o grupo em problemas específicos. Neste caso, os problemas identificados eram a irresponsabilidade de Débora, o constrangimento de visitas domiciliares de representantes de órgãos públicos e a hiperatividade de Danilo.

Nos casos da acusação de negligência e retirada de Denis, Darlan e Davi do convívio familiar, Dalva não parece se preocupar tanto com o desfecho e o destino dos seus netos quanto com o constrangimento da visita da Conselheira Tutelar, das intimações que chegam à sua porta e da ameaça de busca policial a Débora diante da sua ausência nas audiências.

uma vergonha, me sinto envergonhada, sabia. Ela trouxe muito problema. Sabe por que? O bairro que a gente mora, um comenta, outro comenta. [...] Que tudo que acontece, você sabe que o povo

comenta, né. Ainda mais o bairro que a gente mora. Na vida dos outros, né. E a pessoa dando ousadia, pior ainda, né. Se não der ousadia eles já falam, se der ousadia ainda é pior.

Agora, qual a audiência que tiver, quem vai ter que ficar indo vai ser eu, né. Porque ninguém vai querer ir, ninguém quer. Ninguém vai, né. Já sabe, ninguém vai. Aí eu que vou ter que ir, pra não ficar vindo toda vez intimação pra aqui pra porta. É uma dessas que vem.... como da outra vez, eles disseram que vinha polícia. Vim polícia pra aqui pra porta!

Diante desta delimitação de problemas, o itinerário da família conta com estratégias empreendidas por iniciativa própria, assim como através de intervenção do Conselho Tutelar. Por um lado, Dalva mantém-se indo a audiências e buscando engajar a filha nestas, para evitar o constrangimento acima referido. Nessa busca, Dulce é considerada um recurso fundamental, influenciando e aconselhando a irmã: “Aí a moça, a moça não, o juiz e a juíza, mandou ela ir na outra semana. Disse ‘tem como falar com ela?’ ‘Tem’. Aí Dulce falou com ela, marcou pra vir. [disse] ‘Se você não tiver o transporte, eu te dou aqui’”. Dalva afirma ainda que Dulce era quem fazia visitas às três crianças abrigadas, porém não teve condições de manter tais contatos devido à distância do local.

Por outro lado, ao identificar Débora como principal fonte de problema, pareceu natural à família intervir na sua contracepção. Dalva relata que ainda antes do abrigamento de Denis, Darlan e Davi, foi às 4 da manhã para a fila de um centro de saúde reprodutiva, na esperança de conseguir um procedimento de inserção de dispositivo intrauterino (DIU) para a filha, porém não houve adesão desta: “Ela disse que não ia, e não teve jeito. Já tava com o cartão, não foi não. Ela é ruim pra ela mesma”. Mobilização no mesmo sentido foi feita junto ao Conselho Tutelar, quando uma conselheira mais próxima da família conseguiu uma vaga para realizar uma cirurgia de laqueadura tubária

A conselheira já conseguiu duas vezes. E essa aí agora já conseguiu também duas vezes, pra estrangular. Pra estrangular! [...] A

conselheira Cássia aí veio buscar ela. Já veio buscar. [C- já tinha avisado a ela que estava marcado?] já tinha feito tudo, é. E ela disse que ia. Quando foi o dia, que Cássia veio, o motorista ficou lá no Norte [entrada Norte do bairro], lá embaixo esperando. Fui eu que descí. Pra dizer... [ela disse] que era pra eu dizer a Cássia que não ia, que ia fazer comida, que ia arrumar a casa.... aí eu falei pra Cássia que é mentira. Que ela não vai arrumar a casa, não vai fazer comida, não vai fazer nada. Ela não vai porque ela não quer ir mesmo. Os pessoal ainda ficaram esperando ela, quando viram que ela não ia... aí o rapaz ainda quis buscar ela. Ela disse que não ia, e não foi mesmo.

Outra estratégia buscada, com apoio da Conselheira Tutelar próxima da família foi a inclusão de Davi na creche do bairro, porém também sem sucesso: “A conselheira conseguiu a creche pra ela aí embaixo, ela disse que não ia não. Se no dia da entrevista quem tinha que ir era a mãe mesmo. Não era a avó. Era a mãe. Se a mãe tá viva, tá forte”. Na avaliação de Dalva, a filha “dá até sorte” ao conseguir vagas em serviços como o hospital (laqueadura) e a creche, porém não se engaja, o que a faz concluir que “o problema é ela. Como eu tô dizendo, ela é ruim pra ela mesmo”.

É interessante notar também a compreensão do processo pela família. Conforme descrito por Daniela, a Vara da Infância e Juventude está tentando realocar as crianças dentro da própria família extensa dos pais, porém sem sucesso, devido às precárias condições sócio-econômicas. Nessa perspectiva, uma alternativa resolutive para a família e para as crianças seria a disponibilização para a adoção, o que porém dependeria do comparecimento de Débora, pois, de acordo com Daniela, “pra que haja a adoção, ela precisa assinar, dizer que não tem condições de cuidar e tudo. Eles não mandam sem autorização da mãe não”. Por fim, Daniela reflete que “Caso ela não compareceu, no caso dela já é abandono, entendeu? Porque quando eles intimam e ela não comparece, já é abandono”. Dalva concorda com este ponto de vista e refere que “no dia que eu fui, que ela não foi, a juíza e o juiz falou que o caso ia complicar. [...] Aí a tendência é piorar... eles falaram lá. Que o caso vai pra justiça.”

No caso da hiperatividade de Danilo, percebida pela família como motivador do abuso físico contra o adolescente, Dalva refere uma peregrinação confusa por serviços. A princípio a escola encaminhou o jovem para o SN, onde foi colocado na lista de espera e não havia sido inserido na instituição até o momento da pesquisa. Enquanto guardava vaga, passou a ser acompanhado semanalmente pelo grupo de psicopedagogia de um Serviço Comunitário (SC) ligado a uma igreja protestante, porém, segundo Dalva, o acompanhamento durava apenas 4 sessões.

Findado o acompanhamento do SC, Danilo foi encaminhado para o Ambulatório Magalhães Neto (Complexo Hospitalar Universitário Professor Edgard Santos – UFBA), onde passou a ser acompanhado por neurologista e psicólogo. O padrasto, Durval, era o responsável por levar Danilo às consultas. Segundo Dalva, cerca de 2 meses antes das entrevistas, Durval chegou da consulta com o garoto informando que a orientação no local foi de que ele estava de alta. Embora acreditando que o filho necessitava permanecer acompanhado, Dalva não realizou novo contato com o serviço: “disse que a atendente disse que não precisava ir mais não. Mas eu acho que precisa sim. Eu preciso voltar lá de novo com ele, né. Pra ele ficar acompanhado lá. Porque se lá tem tudo? Tem psicóloga, tem neurologista, tem tudo”.

Por indicação dos profissionais do CAPS, onde Denilson era acompanhado, Dalva procurou o CAPS infanto-juvenil, ao qual se referiu na entrevista como “CRAS”. A entrevistada refere que na época foi até o bairro indicado, mas não encontrou o endereço. Não houve nova tentativa de acessar o serviço.

É importante destacar o papel da escola na construção do itinerário familiar para lidar com Danilo. Dalva conta com apoio fundamental das professoras, que encaminharam Danilo para os serviços e se disponibilizam a realizar contato telefônico com estes locais sempre que necessário: “a professora disse que qualquer coisa, que

é pra ligar, eu posso levar. A hora que quiser, ou de manhã ou de tarde. Que elas ligam. Mas é muito boazinha a escola. Todo mundo. Da pessoa que limpa, a tudo”.

6.4 FAMÍLIA RIBEIRO

A família Ribeiro foi identificada através do livro de registros do Conselho Tutelar, onde constavam o apelido de Raquel (14 anos), o endereço da família e a ocorrência de “violência física e violência psicológica” no ano de 2010. Um líder comunitário auxiliou na localização da residência, que ficava em um ponto de difícil acesso, na região Sul do bairro da Nova Nigéria. A família foi representada na pesquisa por Regina (64 anos), avó de Raquel (14 anos), adolescente referida nos registros do conselho tutelar. Na frente da casa, Raquel recebeu o líder comunitário com um abraço e, enquanto era explicada a pesquisa, adiantou um esclarecimento: “eu fui pro Conselho Tutelar porque eu tentei matar a sobrinha dele [líder]”.

A pequena casa conta com um banheiro, um quarto e um cômodo central onde se misturam eletrodomésticos de cozinha, uma área de costura, uma mesa e algumas cadeiras. Estava uma semana de fortes chuvas na cidade, as paredes infiltradas denunciavam o quanto a casa estava sendo castigada por estas. Apesar dos problemas estruturais, Regina orgulha-se da casa própria, construída aos poucos, com o material comprado ao longo de meses de trabalho.

Regina tem 64 anos, é natural de Salvador e mora na Nova Nigéria há 40 anos. Teve 6 filhos de uma união estável, desfeita há cerca de 30 anos. Ao longo da vida, trabalhou com limpeza doméstica e em fábrica, e atualmente faz trabalhos eventuais como costureira. Busca aposentadoria, porém foi informada de que seu período de

trabalho assalariado e contribuição ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) foi curto

Foi uma vida agitada pra criar filho, morava de aluguel, não tinha ninguém pra me ajudar. E aí, faltava esse outro lado. Quando eu arranjei um trabalho, pra trabalhar na fábrica, então eu paguei [INSS] uns anos. Mas, como disse que não vale nada. Então não vale.

Moram na casa Regina (Figura 5), a filha Rosa (41 anos), os netos Roseane (23 anos) e Renan (12 anos) e a bisneta Roseli (5 anos). Rosa trabalha e está inscrita no *Programa Minha Casa, Minha Vida*, aguardando uma casa. Roseane abandonou a escola quando Roseli nasceu, pois, conforme refere sua avó: "eu decidi não me sobrecarregar com a menina". Renan é filho de Rebeca (28 anos), filha mais nova de Regina falecida a cerca de 10 anos, devido a uma insuficiência renal, atribuída pela mãe à depressão profunda na qual se encontrava. A filha Railda (39 anos) e a neta Raquel (14 anos) moram numa casa alugada em frente. Além de Rosa e Railda, Regina tem três outros filhos, Roberta e Roberto, que moram na Nova Nigéria e Robson num bairro distante.

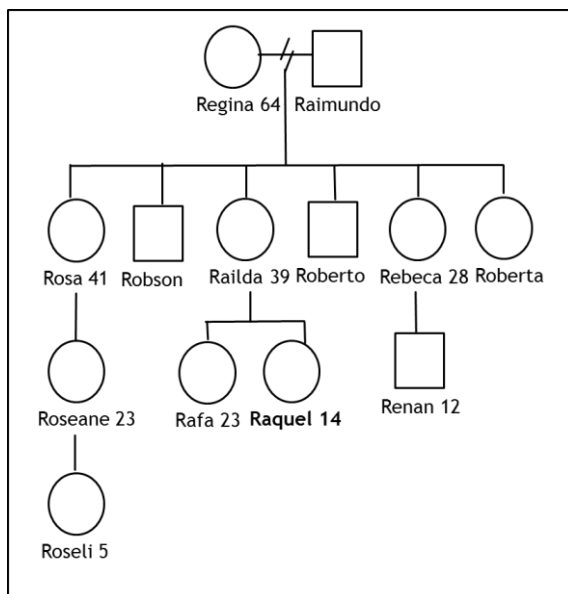


Figura 5 – Genograma da Família Ribeiro

A renda da família advém do salário de Rosa e dos *Bolsa Família* de Regina e Roseane. O benefício passou dois anos suspenso, pois as duas escolas nas quais

Renan estudou no período atrasaram a entrega de documentos necessários, conforme refere Regina

aí eu fui pedir o papel na escola, a escola não me deu. Pra eu levar pra prefeitura, que falou que eu só podia cadastrar novamente com esse papel da escola [...] aí a moça do CRAS falou “vá sempre passando o cartão”. Eu ia, e nada. Quando eu ia na prefeitura, que consegui o papel da escola, eu passei e tava lá o dinheiro. Mas mesmo assim eu fui na prefeitura

Destaca-se neste relato o fluxo difícil e tortuoso que a família enfrentou para restaurar o acesso ao benefício: diante da busca de informação em dois serviços diversos - “prefeitura” e “CRAS” – escutou também duas orientações distintas – levar a documentação escolar e ficar “sempre passando o cartão” (consultar a disponibilidade do dinheiro). Antes que fosse possível levar a documentação escolar, a orientação de consultar a disponibilidade do benefício funcionou, porém Regina permaneceu insegura acerca de quais os procedimentos adequados em situações similares. A partir deste e de outros relatos, foi possível observar que as informações desconstruídas recebidas de serviços públicos ocasionam com frequência desorientação e não acesso da família Ribeiro a estes.

Entre as filhas e neta, observa-se um padrão repetitivo de gestações na adolescência ou juventude, com subsequente (ou mesmo concomitante) abandono dos respectivos companheiros. Apenas Rafaela (23 anos), primeira filha de Railda (39 anos), foi criada pelo pai. Destaca-se a história da gestação de Rosa, aos 18 anos, que escondeu da mãe até o momento em que foi levada ao hospital para um parto prematuro:

Ela [Roseane] é uma menina prematura. Ela nasceu de 6 meses. Bem pequenininha mesmo. Deu na caixa de sapato [...] e eu nem sabia que a mãe dela tava grávida. Quando eu soube já foi na hora de ter. [...] Eu sei que quando eu cheguei ela [Rosa] tava deitada sentindo dor. “É o quê?”, “eu não sei”, eu disse “então vamos pro médico”. Eu não vou ficar com uma pessoa doente dentro de casa sem ter uma solução. Se um chá, um comprimido não passa, eu tenho que levar, né. Aí a irmã [Railda] me chamou e falou. Disse “olhe, não leve ela pra médico

nenhum, leve ela pra a maternidade”. Eu disse “por quê?”, “porque ela tá pra ter menino, isso aí é porque ela deve ter feito alguma coisa.

O pai registrou Roseane, porém não participou da sua criação. Regina se responsabilizou pela criação da neta, com participação reduzida de Rosa. Roseane estudou nas escolas municipais A e B até a sexta série, momento em que a mãe foi chamada a se responsabilizar pela filha: “daí a pouco ela não quis mais ir pra escola. Eu digo ‘olhe, até na minha altura eu já fiz tudo que tava pra eu fazer, agora é de vocês’”.

Aos dezoito anos, Roseane repetiu a história da mãe: teve uma filha (Roseli, 5 anos) e foi abandonada pelo companheiro. Neste caso a avó e a bisavó não assumiram a criação de Roseli, que ficou sob os cuidados da mãe. Roseane abandonou novamente a escola para criar a filha e teve suas tentativas de voltar a estudar frustradas.

Outro destaque é o nascimento de Renan, filho de Rebeca e os eventos que o seguiram. Conforme refere Regina, Rebeca estava morando com o companheiro num bairro distante, quando descobriu que estava grávida. Em meio à pressão de amigos e do companheiro para que interrompesse a gestação, Rebeca decidiu ter o bebê. Após o nascimento do filho, Rebeca confidenciou à mãe que vinha sofrendo maus tratos do companheiro, o que ocasionou a separação do casal

depois que ela teve o menino, ela passou a me contar as coisas que estava acontecendo. Aí eu fui e disse a ela ‘se não tá dando certo, se ele tá te maltratando, volte’. Eu disse ‘fique aqui, minha filha. Melhor do que estar com um homem ruim dentro de casa. Maltratando por outras. Então volta pra dentro de casa. Se ele quiser vir pra te pegar de volta, ele vem.’ Aí ela veio. Ficou aqui, mas ficou uns dias em depressão. Ficou doente, foi pro médico e morreu.

Ao descrever emocionada os últimos meses da filha, Regina atribui à depressão o seu adoecimento e morte. Reconhece que Rebeca necessitava de cuidados, porém não foi possível provê-los, pois era a responsável pelo sustento da

casa: “ela olhava o filhinho dela e eu saía. Pra manter a casa, eu tinha que sair. Aí o caso dela foi se agravando, se agravando... a depressão acusa todos os tipos de doença. Doenças que a pessoa não tem, a depressão joga”.

Regina abandonou o emprego pra cuidar do neto quando o estado de Rebeca se agravou, e continuou com dedicação exclusiva à criança após a morte da filha. O pai, segundo Regina, não colabora financeiramente e nem presencialmente com a criação do filho. É difícil de contatar, e a última ocasião em que foi visto por Regina foi em um encontro breve e ocasional, cerca de 3 meses antes da entrevista. Renan é descrito pela avó como “obediente”, “estudioso” e entusiasmado com futebol e jogos eletrônicos: “ele é um menino bom. Ele é um menino obediente [...] a gente conversa muito”. Porém com problemas emocionais atribuídos à perda da mãe e abandono do pai

Alguma coisa que se passa assim dentro dele, tranca ele. [...] Aí se eu falo alguma coisa, tem hora que ele responde, outra hora ele fica agressivo e não quer mais me responder certo. [...] Por exemplo mesmo, na escola. Ele tá estudando, tá de boa, tudo bonitinho. Aí quando chega uma festa, ele já não quer ir mais pra uma festa do colégio. Se é um dia dos pais, ele não quer se apresentar, se é um dia das mães, ele não quer. E eu fico fazendo de tudo pra ele ir, se apresentar e tudo. Eu vou, e tal, mas parece que aquele dia, naquele momento, eu não preencho nada.

Além disso, conforme relata a avó, Renan tem apresentado problema de comportamento na vizinhança e desejo de abandonar a escola. Reduziu drasticamente a frequência à escola nos últimos dois anos, após alguns períodos de adoecimento referidos pela avó como “alergia”. Ademais, pediu para mudar de escola após ser pego pescando a resposta de uma prova de matemática, uma disciplina na qual tinha bom desempenho. Atualmente Renan cursa o quarto ano do ensino fundamental, que só é oferecido na sua escola à tarde, porém se recusa a estudar neste turno. No momento da entrevista, uma das dificuldades estava sendo conseguir

uma consulta com neurologista, após queixa de Renan de que o motivo de não querer ir para a escola era dor de cabeça recorrente.

O acesso da família a serviços no bairro é descrito com muitas barreiras: “aqui é um bairro só, mas tudo favorável só vai pro lado de lá. Essa parte aqui é como se não existisse. [...] esse lado aqui, teve uma vez que veio as pessoas, ficou de voltar aqui. Nunca mais voltou. Pra fazer o que? Uma rede de esgoto. Que o esgoto todo entrava aqui”. Na ocasião da entrevista, a parte do bairro onde fica localizada a casa da família ainda estava descoberta pelo PSF. Segundo Regina, o cadastramento das famílias havia começado alguns meses antes, mas ela não estava no domicílio quando as ACS visitaram. A visita não se repetiu até o dia da entrevista.

Destaca-se que, além de Renan, que aguarda consulta com neurologista, as outras netas e a bisneta de Regina também apresentam problemas de saúde. Rafaela (23 anos, filha de Railda), Raquel e Roseane têm anemia falciforme, sendo que a “mais grave” é Roseane. Esta, participando brevemente da entrevista, explicou que é acompanhada na USF, porém não consegue consultas com especialistas e exames necessários à sua condição, concluindo que: “eu desisti, não vou mentir. Eu sei que vai agravar lá na frente, mas eu desisti. Eu não vou ficar pedindo a eles, implorando.”.

Já Roseli apresenta uma doença cardíaca congênita, tendo sido acompanhada em um Hospital especializado por um ano: “a médica disse que dá pra ela viver com isso, mas não pode ficar nervosa” (Roseane, 23). A mãe descreve que, em uma situação emergencial com Roseli, buscou a USF antes de buscar a UPA, mostrando-se frustrada com o não atendimento da emergência no serviço básico. A reação de Roseane demonstra, novamente, a pouca informação recebida ou compreendida pela família acerca do funcionamento dos diferentes serviços públicos.

Neste sentido, a relação da família com a USF é considerada difícil, assim como outras famílias não atendidas pelo PSF. Apesar da não cobertura, eles têm acesso a algumas consultas da USF, porém com dificuldade de acessar os serviços do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (nutricionista e psicóloga) e outros serviços externos.

Quanto aos recursos da sociedade civil, Roseane participou enquanto adolescente dos projetos sociais que se multiplicavam no bairro, e no período da entrevista estava inscrita num dos cursos da Base Comunitária de Segurança. Quanto a Renan, a única atividade extra-escolar da qual fez parte foi o futebol em um clube privado, aos 9 anos, porém decidiu abandonar o time ao constatar a crescente dificuldade da avó para custear a mensalidade. Raquel já havia sido incluída em projetos sociais diversos, porém não permanecia, pois tinha dificuldade de se manter na escola, pré-requisito para a participação nas atividades nas quais se inscrevia.

Além das dificuldades já descritas com Renan, a manutenção de Raquel na escola também não estava tendo sucesso. Ainda criança, abandonou a escola onde estudava após uma altercação com outra criança da vizinhança. Conseqüentemente, ficou atrasada no fluxo escolar e passou a sentir vergonha de voltar para a escola, com a justificativa de que seu atraso ficaria óbvio. Ademais, devido à repercussão da briga, não queria estudar nas escolas próximas, o que demandava investimento em transporte, que a família não conseguia manter.

Violência

A violência na família Ribeiro pode ser observada no passado e no presente, assumindo diversas formas, vítimas e perpetradores. Assim como na família Dias, a violência comunitária não é representada nas falas ou cotidiano dos membros. Tem

destaque aqui a violência física contra mulheres e as violências criança-criança fora do domicílio, que não foram observadas nas outras famílias.

A história da violência na família foi remontada à união de Regina com o pai dos seus filhos. De acordo com Regina, Raimundo era alcoolista, não trabalhava e nem cuidava dos filhos, tendo chegado a vender pertences dos filhos para custear seu vício: “ele vendia até a sandália das crianças, a roupa nova das crianças”. Ademais, tinha um histórico de agressões contra os filhos (“batia, dava uns palavrão com eles aí e saía”) e principalmente contra a companheira (“me batia, ia atrás de mim no trabalho, vinha me batendo”), que impeliu a fuga de casa de Robson quando criança.

Um dia, após ser surpreendida com um soco ao descer do ônibus voltando do trabalho e descobrir que os filhos também haviam sofrido violência física e ameaças, Regina decidiu prestar uma queixa e tirar o companheiro de casa. O objeto da queixa foi agressão que deixara marca em seu rosto, além das ameaças de morte que sofria do marido. Não houve queixas relacionadas às agressões e ameaças contra os filhos.

Raimundo passou 5 dias preso na delegacia, sendo liberado após mediação no local, conforme relata Regina

Ele [Raimundo] disse "ah, mas eu tenho meus filhos". O delegado disse "você vai deixar ele ir lá pra ver os filhos". Eu disse "doutor" fui logo franca a ele "na minha porta ele não vai encostar não. Porque se ele encostar na minha porta, doutor, eu não vou me garantir".

Ficou pactuado que o companheiro sairia da casa e poderia ver os filhos no caminho de ida e volta para a escola, uma vez que passou a morar próximo, na casa de parentes. Porém, o assédio e as agressões verbais continuaram até Regina se unir a outro homem, quando teria cessado após uma agressão do novo companheiro ao antigo.

Ainda no passado da família, é possível observar duas outras formas de violência: agressões entre crianças da vizinhança e violência física da mãe contra os filhos. Robson (38), filho mais velho, é descrito como “briguento”, tendo se envolvido em diversas brigas com vizinhos na infância e início da adolescência. Em uma destas, chegou a provocar a hospitalização de outra criança. A resposta da mãe, após tentar reclamações e castigos, era bater no filho.

Na geração seguinte da família, as duas práticas se repetem: Regina afirma que Railda batia muito em Raquel quando era menor, e tanto Raquel quanto Renan se envolveram em brigas com crianças da vizinhança, ambas da mesma família. A ocorrência envolvendo Raquel, encontrada no livro de registros do conselho tutelar, foi a que motivou a busca da família para a pesquisa. Conforme descreve a avó, aos 8 anos, Raquel, que estava sendo criada com muita violência pela mãe, costumava brigar com outra criança em situação similar, até que a situação evoluiu para ameaças de morte:

Já vinha de pequena. A daqui batia muito na de cá, a de lá batia muito na de lá [as mães] [...] e as duas [crianças] se juntavam, brigavam. E ficava aquele problema [...] A última vez foi que mandou a daí ir comprar pão, e ela correu em casa, pegou uma peixeira pra furar a menina [...] porque ela achou que a daqui tinha agredido a dela, mas na verdade foi a dela que agrediu a daqui, pegou a faca pra furar ela [...] Ela encontrou uma faca desse tamanho e mostrou aqui, que era pra enfiar toda nela

A altercação entre as duas crianças, de acordo com Regina e Raquel, foi o objeto da denúncia ao CT. Regina não soube detalhar, porém, quais foram as ações do Conselho Tutelar após esta intervenção. A relação das duas famílias com o CT não se encerrou nesta denúncia, pois alguns meses depois uma nova altercação surgiu, dessa vez entre Renan e outra criança da mesma família. Para Regina, o motivo das duas contendas terem tomado proporções tão grandes é a mãe dos menores da vizinhança

Essa mulher é problemática, ela vem pra porta, quer brigar, quer fazer, quer acontecer. [...] Ela achava que Renan batia no filho dela. E aí ela achou no direito de vir me desacatar. Eu disse a ela que eu não tinha nada pra conversar com ela. Então, eu não vi se ele bateu, e nem vi o que foi que o dela fez com o meu. Então, eu não posso achar nada. Se ela achasse que eu estava errada, ela levasse o caso pra justiça, que eu ia responder.

A contenda acabou em uma denúncia no Conselho Tutelar. A vizinha agrediu verbalmente Regina e fez ameaças: “eu fui [ao CT], expliquei a razão, ela já estava lá. Eu não sei se a juíza que estava atendendo era amiga dela, porque ela falou que era amiga dela, que ela ia fazer eu ficar presa”. A conselheira tutelar, referida por Regina como “juíza”, não foi simpática às acusações da vizinha, acolheu as queixas e orientou a avó: “a pessoa que me atendeu viu que a errada era ela. Foi tanto que ela disse ‘se ela começar a lhe abusar por esse problema, vá na delegacia dos idosos e preste uma queixa dela, porque aí ela vai se aquietar’”. Destaca-se que não houve, de acordo com Regina, nenhuma intervenção direcionada aos meninos ou orientação específica às guardiãs sobre como lidar com eles.

Além das formas de violência referidas, Regina reconhece como comum no bairro, e até na sua própria família, a negligência. Para ela, a dificuldade de controlar as crianças à medida que crescem, o seu abandono escolar, ou mesmo o descaso da família, deveriam ser os objetos de intervenção do CT:

O bairro precisa de uma pessoa do Conselho Tutelar no bairro. Porque aqui tem muita criança. Muita criança. Tem muita criança a toa. Porque as mães deixa a toa, porque não tem quem olhe. Porque não vai pra escola, que é o meu caso. Porque a mãe sai pra trabalhar, deixa na rua. Porque a mãe vai fazer suas coisas, larga o filho à toa. Então precisa de uma pessoa, de um juizado assim, exclusivo pra ficar pegando assim cada criança. Entendeu? Identificando, examinando.

Nesse sentido, observa-se que a violência contra crianças na família Ribeiro, no passado e no presente, teve pouca atenção dos serviços públicos. A violência doméstica contra Regina foi denunciada à Delegacia, as agressões entre crianças (Raquel contra a vizinha e Renan contra o vizinho) foram notificadas ao Conselho

Tutelar, porém as formas de negligência e violência que acometiam as crianças não foram objeto de intervenções de nenhum dos dois serviços.

Destaca-se ainda a intensidade e a idade em que as agressões criança-criança ocorreram, que mereceriam maior investigação especializada sobre sofrimento psíquico e emocional subjacente. Regina, na sua descrição, foi capaz de associar a violência sofrida pelas crianças em casa à que manifestaram na rua (no caso de Raquel), porém não houve relato de que alguma advertência a respeito foi dada a Railda no Conselho Tutelar.

Itinerários de cuidado

Os itinerários de cuidado da família Ribeiro direcionados às suas crianças abordam problemas similares aos das outras famílias entrevistadas: a atenção a crianças pequenas diante da necessidade de trabalho remunerado da mãe e a manutenção dos filhos na escola e longe de brigas e/ou do crime. O cuidado aos filhos menores foi um desafio para Regina, que teve seis filhos e um companheiro não colaborativo: “Eu fazia faxina, eu cozinhava, eu fazia congelamento, eu lavava roupa. Tudo isso eu fazia, pra ter um trocado, pra manter o que eles comerem. Porque eram pequenos, como é que ia sair o dia todo?”. Nesse sentido, contava com o apoio de uma vizinha que “passava o olho” nas crianças.

Eu deixava dentro de casa, deixava comida e ia trabalhar. Aí eu avisava. A mais velha, eu mandava ela tomar conta. Aí eu digo “qualquer coisa” dizia onde eu estava ‘me procure lá’ [...] tinha uma vizinha na frente, que ela já faleceu. Ela me ajudava muito. Eu pedia a ela na hora que eu saia pra olhar. Tomar conta. [...] Rebeca que era menor, ela pegava e ficava com ela [...] Eu saia, deixava eles aqui trancados, mas a vizinha tava aí. A vizinha vinha, soltava, levava pra lá, depois trazia. Agora, o mais velho era muito danado.

No itinerário de cuidado às crianças, merece discussão a denúncia do companheiro à delegacia: embora a violência contra as crianças não tenha sido o

objeto da denúncia, a segurança e o bem estar dos filhos estavam entre os motivos descritos por Regina para tirar o companheiro de casa.

Os recursos utilizados no cuidado às crianças mudaram nas gerações seguintes, uma vez que a prática de trancar as crianças em casa e deixar uma vizinha “passando o olho” foi substituída pelo compartilhamento da responsabilidade entre mãe, avó e tias. Destaca-se o enfraquecimento desta estratégia na mais nova geração da família, uma vez que Roseane não pôde contar completamente com o apoio familiar para concluir os estudos enquanto cria a filha.

O objetivo de manter as crianças e adolescentes na escola e longe de brigas e/ou do crime é alvo de estratégias diversas da família, com ou sem apoio externo.

Regina, porém, orgulha-se do resultado

Nesse meio aqui, era o que o povo mais dizia, que por não ter pai, ter só eu, que não ia ser gente boa [...] Graças a Deus, não tenho filho carimbado na polícia. Não quiseram nada pra se formar, mas também tá todo mundo sobrevivendo [...] não me trouxe nenhum problema, por eu estar de rédea curta, olhando e vigiando com muita luta

A tendência a se envolver em brigas com vizinhos, observada em Robson, Raquel e Renan, foi abordada a princípio com naturalidade, considerada coisa normal entre crianças

Criei meus filhos tudo aqui, nunca briguei com vizinho nenhum. Por causa de menino não. Eles brigavam por lá, se estapeavam, vinham pra casa, a mãe me falava, ou eu falava, e acabava de boa. Porque na mesma hora que você vai falar, eles estão separado, estão enraivado um com o outro, não querem amizade, né. E aí eu vou brigar com a mãe da criança, ela vai brigar comigo, nós vamos ficar inimigas, e daqui a pouco eles estão amigos!

Tinha esta atitude em relação às repetidas brigas de Robson com vizinhos, e conseguia resolvê-las. Com Raquel e Renan, o Conselho Tutelar passou a ser envolvido. Embora Regina não tenha uma opinião sobre se a intervenção do Conselho foi útil, as brigas não voltaram a ocorrer após a denúncia. Necessário destacar que

nas duas ocasiões não houve subsequente acompanhamento das crianças por nenhum outro serviço de proteção, além do Conselho Tutelar.

Quanto à manutenção das crianças na escola, destacam-se os esforços de Regina para manter Renan engajado. Renan era considerado estudioso e entusiasmado com a escola, e aos primeiros sinais de desinteresse do neto Regina passou a empreender estratégias para revertê-lo. Citam-se duas: a inscrição no futebol e o reforço positivo pela aprovação escolar. A inscrição no clube privado, já referida anteriormente, foi considerada benéfica por Regina, pois a manutenção no time estava vinculada à frequência escolar, “porque lá não podia deixar de ir pra aula pra ir pro treino. Tinha que estar na escola”. Conforme relatado, não foi possível manter Renan no time, devido a dificuldades financeiras.

Já a promessa de um presente para reforçar positivamente a criança a estudar foi um pedido da própria criança:

Ele me disse “minha vó, se eu passar de ano, você me dá um computador?” eu disse “ó, Renan, eu não tenho nenhuma condição, mas eu vou fazer o possível”. Ele nem quis ir buscar a nota dele na escola, porque na mente dele, ele tinha perdido. [...] quando veio assim “ó, vó, Renan passou, ele agora vai fazer a quarta série”

Apesar de Regina e Robson terem se organizado para comprar o computador, conforme prometido, este não foi o suficiente para manter o engajamento de Renan na escola no ano seguinte.

Além das estratégias próprias de manutenção do neto na escola, Regina buscou ajuda na escola e nos serviços de saúde. Segundo afirma, a primeira atitude foi investigar as razões da aversão do neto à escola entre os funcionários: “eu já tenho procurado, de diretora, de vice-diretora, de merendeira, de professora. Tenho ido na sala, procuro se tem problema, se ele brigou, teve discussão, alguma coisa assim. E eu não encontro nada.”.

Diante do insucesso de tal estratégia, buscou também consultas médicas que resolvessem as dores de cabeça que o adolescente sente. Conforme discutido anteriormente, está atualmente à espera de uma vaga para consulta neurológica. Entre os serviços de saúde, não houve encaminhamento de Renan para psicóloga, embora a própria avó relate aspectos emocionais como influentes no seu comportamento.

6.5 FAMÍLIA MATOS

A família Matos foi a segunda identificada através do livro de registros do Conselho Tutelar, onde constava o nome de Márcia e da mãe, um endereço anterior da família e a ocorrência “visita domiciliar” no ano de 2012. Apesar da ocorrência registrada, o motivo principal de contato com o Conselho Tutelar foi o abuso sexual sofrido por Márcia (14 anos) aos 9 anos e subsequente acusação de negligência da sua mãe, Marília, que a fez perder a guarda da filha. A família já havia sofrido algumas mudanças de domicílio desde o ano do registro, de modo que foi necessário contar com apoio de dois líderes comunitários para localiza-la.

A família foi representada por Melissa, que se encontrava no segundo andar de um sobrado, com aparência de recém-reformado, no lado Sul da Nova Nigéria. A ampla sala contava apenas com televisor, algumas cadeiras e bancos e um colchão no canto, contrastando com o piso e os azulejos que davam à casa uma aparência de melhor condição socioeconômica do que as outras visitadas. Trata-se de uma casa alugada há cerca de 2 anos, quando Melissa decidiu sair da casa de parentes e ter mais espaço para si, a filha e o sobrinho.

Melissa tem 31 anos, nasceu em Salvador e cresceu entre a Nova Nigéria e outro bairro onde mora parte da família. Estudou até a quinta série do ensino

fundamental e depois abandonou os estudos, o que atribui à sua gestação aos 15 anos e a “maluquices da vida”. Além dela, moram na casa sua filha Monique (15 anos) e sobrinho Márcio (10). Fazem parte da família, ainda, Márcia (14 anos) e Sofia (2 anos) que assim como Márcio são filhas da irmã falecida de Melissa, Marília (Figura 6).

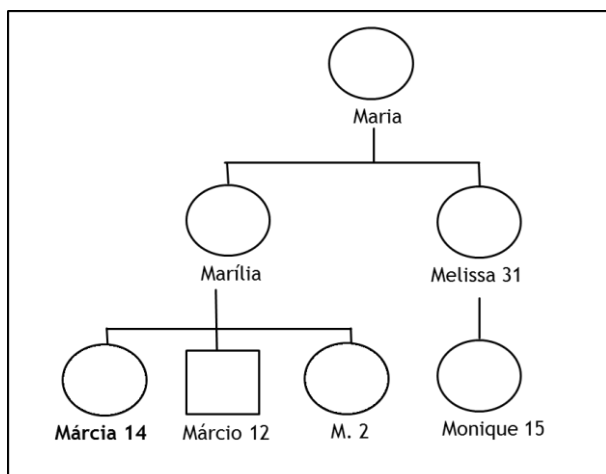


Figura 6 – Genograma da Família Matos

A renda da família advém de faxinas e outros serviços domésticos que Melissa faz, além do aluguel de duas casas em outro bairro. Ademais, no intervalo entre a primeira e a segunda entrevista Melissa havia se inscrito no *Programa Bolsa Família*, numa ação de três dias em uma igreja local. Antes desta ocasião, tanto Melissa quanto Marília fizeram outras tentativas de cadastramento

teve um pessoal aqui em casa, cadastrou, mas até o dia de hoje.... Eu nunca gostei de depender desses negócio também, porque sai, não sai, cadastra, não cadastra. Prefiro correr logo atrás, que é melhor. É bom que uma ajuda é sempre bem-vinda, mas eu prefiro correr atrás, porque cadastrou e até hoje não teve resposta.

A história recente da família é marcada por mudanças de endereço, inclusive para bairros distantes, e duas mortes. Cerca de cinco anos antes, Márcia alternava a residência entre a casa da avó materna (Maria) e a da mãe, Márcio morava com a mãe e o companheiro desta e Monique morava com a mãe (ora com o companheiro desta, ora na casa de parentes). Todos na Nova Nigéria.

Aos poucos, as três (Maria, Melissa e Marília) se mudaram para um bairro distante, onde tinham outros parentes. De acordo com Melissa, após intervenção do Conselho Tutelar, em 2012, a guarda de Márcia passou para uma tia avó no mesmo bairro. Marília continuava morando com Márcio e o companheiro, e posteriormente deu à luz Marcela. Cerca de dois anos antes do período da pesquisa, aos 26 anos, Marília foi morta carbonizada. Maria, que já vinha sofrendo problemas de saúde e repetidas internações, faleceu cerca de um ano depois.

As duas mortes ocasionaram a redistribuição dos menores entre os domicílios. Melissa voltou para a Nova Nigéria com Monique e Márcio, Marcela passou a ser criada por uma vizinha no bairro distante, e Márcia iniciou uma circulação entre as casas da tia avó, da bisavó, do namorado e de Melissa.

Melissa apresenta vínculos e expectativas diversas em relação a cada uma das crianças e adolescentes. Monique (15 anos), sua única filha, foi apresentada como "a benção da mamãe", considerada estudiosa, obediente e madura. Segundo a mãe, Monique tem sonho de fazer faculdade e se formar em medicina e direito. Pela maturidade precoce, é considerada por Melissa uma grande amiga e aliada no trato com Márcia, dando conselhos à prima.

Os relatos de Melissa sobre Márcio (10 anos) também são bastante afetuosos, porém reconhece que o menino é "meio danadinho", difícil de lidar, e que vem recebendo reclamações da escola e da vizinhança. Márcio tinha 8 anos quando a mãe faleceu, e segundo a tia "ficou muito abalado". A estratégia para lidar com os sentimentos da criança atualmente é evitar falar sobre Marília. Está em busca de consulta com psicólogo para o garoto, porém refere que "pela aparência, assim, tá bem. Tá dando pra levar". Conta com apoio de um ex-namorado de Marília, morador da Nova Nigéria, que após a morte da mãe se propôs a ajudar na sua criação.

No momento da segunda entrevista, Melissa afirmou, entristecida, que estavam discutindo a possibilidade de o garoto ir morar com o avô materno, que passou muito tempo distante da família e retomou contato recentemente. Embora triste, Melissa argumenta que na casa do avô ele teria "mais opções de brincadeiras [...] na casa do avô tem cachorro, tem espaço, tem computador".

Marcela tinha cerca de quatro meses quando a mãe foi assassinada. Considerando as dificuldades familiares, uma vizinha do bairro onde Marília morava acolheu a criança, segundo descreve Melissa

Porque, quando minha irmã faleceu, por coisas da vida também, eu não tinha como cuidar da menina. Eu não tava trabalhando também. Não tinha tempo, nem paciência. Porque eu tinha uma vida muito doidinha, não vou mentir. [...] E hoje em dia ela fica com a vizinha, e o conselho tá acompanhando ela pra poder ela ficar... a guarda pra mim, mas ela tipo também uma responsável legal da menina.

Conforme é possível observar no trecho acima, as questões de guarda dos menores ainda estavam por se resolver: a guarda de Márcio ainda não estava oficialmente com Melissa; a guarda de Márcia continuava com a tia avó; e havia a expectativa de ajustar algum tipo de guarda compartilhada para Marcela. Apesar da condição atual de moradia, Marcela mantém o vínculo com a família da mãe, passando os fins de semana na casa de Melissa e construindo uma relação afetiva com a tia, a prima e especialmente com o irmão.

Márcia (14 anos) é descrita pela tia como "retadinha", "avançadinha" e "mentirosa". Melissa atribui a personalidade de Márcia à criação da avó, que fez "muita vontade" e a deixou "meio revoltada". Os relatos da tia sobre a adolescente alternam entre preocupados e frustrados, pois a menina é considerada difícil de lidar, não se interessa pelos estudos e nem aceita regras domésticas impostas a outros adolescentes.

Márcia vai resolver o que ela quer da vida dela. Porque ela é de menor, é, mas ele entende o que é certo e o que é errado. Minha filha sabe. Márcia tá com 14 anos, Márcia tá na 4a série. Matriculei ela ai em cima, no mesmo colégio de Márcio. Márcia aparece no colégio no dia que quer, faz o que quer.

Como resultado, a adolescente circulou entre vários domicílios desde a intervenção do Conselho Tutelar, e principalmente desde o assassinato da mãe. A tia avó que tem sua guarda até os dias atuais devolveu a criança a Marília quando ela começou a ficar “muito retadinha”. Após a morte da mãe, voltou à casa da tia e depois circulou entre a casa de Melissa, a de um namorado e a da bisavó paterna. No momento da entrevista morava na casa da bisavó paterna.

A relação da família com os serviços do bairro é mínima. Melissa está descoberta pela USF local, pois trocou de cartão SUS quando foi morar no outro bairro. Quando voltou a morar na Nova Nigéria, se cadastrou com o endereço da tia e não mudou o endereço por estar morando de aluguel:

falei com ela pra ela poder fazer o cartão como se eu morasse lá. Ela me disse que não ia fazer não, porque não podia, porque eu não morava lá. Eu fiz “mas se todos os meus endereços são de lá, como é que a senhora não pode fazer o cartão de lá? eu tenho que marcar os médicos”. Ela disse “procure quem é seu agente, você não mora aí dentro?”

Melissa busca pouco os serviços de saúde para si (“tô doente, eu vou pra a emergência e acabou”), porém tem maior diligência quanto aos cuidados aos menores. Avalia a USF local como “uma confusão danada”, onde “pra marcar um negócio é uma agonia assim”. Refere que seus problemas com marcações são reduzidos pela mediação do ex-namorado da irmã, pois “ele conhece mais gente assim, pra poder chegar, marcar”.

Quanto aos serviços educacionais, refere não ter críticas à Creche ou escolas do bairro, tendo ocorrido problemas apenas num colégio anterior no qual Monique

estudava, onde a abordagem dos professores foi considerada grosseira pela adolescente ("ela falou 'ah, minha mãe, eu não quero, porque os professores são ignorantes'. Aí eu peguei e tirei"). Quanto à Base Comunitária de Segurança, Melissa afirma que "não tenho problema nenhum com eles", e elogia o judô oferecido para as crianças, no qual Márcio está matriculado.

Violência

A violência na família Matos é apresentada em diversas formas e *loci*, envolvendo adultos e crianças, e marcando a história de todos. Parece que, entre as famílias estudadas, seria a que sofreu maior impacto da violência comunitária, tendo em vista o assassinato de Marília aos 26, que deixou seus filhos de 12 anos, 8 anos e 4 meses órfãos. Tal ocorrência é pouco tratada dentro da família e na própria entrevista com Melissa, que sugere nas entrelinhas que a irmã se envolveu com criminosos no outro bairro onde morou.

Da mesma forma que Valéria, da família Viana, Melissa vê sua circulação no bairro limitada pela divisão entre Norte e Sul, porém não percebe redução do seu acesso a serviços ou da movimentação de Márcio, Monique e Márcia. Isso pode ter relação com o fato da maioria dos serviços disponíveis no bairro estar localizado no lado Sul, por onde Melissa circula livremente.

De acordo com o anteriormente referido, o motivo principal de contato da família Matos com o Conselho Tutelar foi uma ocorrência de violência sexual contra criança. O fato ocorreu com Márcia, aos 9 anos

Márcia tava na casa do rapaz e saiu dizendo que o rapaz tinha tentado estuprar ela, um negócio desse. Não chegou a acontecer o estupro não. O rapaz foi preso, aí ela teve que ir no conselho [...] mas Márcia sempre foi muito avançadinha, muito pra frente, muito gaiata, muito ousada também. Ela era ousada até dentro de casa. Já pegou ela em flagrante, fazendo ousadia [atos sexuais] [...] eu acredito que ele pode

até ter feito assim, se aproximado, alguma coisa. Mas eu não sei, eu não posso nem dizer que eu acredito, que eu sei se foi ou se não foi, porque Márcia também sempre foi o tipo da menina muito mentirosa.

Conforme pode ser observado pela descrição da tia, a reação de grande parte da família foi duvidar da violência sexual sofrida pela criança. As dúvidas são mantidas mesmo após revelação de que o perpetrador “sempre gostou de meninas mais novas” e já havia mantido um “namoro” com outra menor, com “autorização dos pais dela”. A mãe, por outro lado, acreditou e acolheu o relato da filha, conforme refere Melissa, Marília “ficou com raiva, queria matar o cara”. Marília foi a responsável por denunciar o agressor, através do Conselho Tutelar.

Porém, a forma de violência que ocasionou atuação efetiva do conselho tutelar e inclusão de Márcia no livro de registros foi a acusação de negligência da mãe. Conforme refere Melissa, na ocasião de denúncia ao CT, os conselheiros que atenderam o caso constataram que o horário da violência sexual (após as 23 horas) era inapropriado para a criança de 9 anos estar fora de casa: “Aí acharam ela irresponsável. Pra ela voltar pra casa, tinha que ter uma pessoa pra ficar com a guarda dela. Aí minha tia pegou assinou pra ficar com a guarda dela. Aí o pessoal foi e levou ela lá no [outro bairro].”. Os itinerários relativos à violência sexual e à acusação de negligência serão relatados posteriormente.

Além da negligência, outra forma de violência intrafamiliar referida pela família Matos foi a violência física. Melissa faz repetidas referências a “bolos” (tapas nas mãos) como algo necessário quando conversas e castigos não são suficientes. Refere o uso desta prática com todos os menores, inclusive com Monique, considerada de temperamento mais fácil. Ademais, associa a prática a respeito:

só que assim, ela [Márcia] não tinha aquele respeito [...] eu botava de castigo, dava bolo. Sempre dei, não vou mentir. Sempre dei bolo nela, pra ver se ela procurava tomar uma tendência, porque ela só ficava

batendo em minha mãe e minha irmã. Aí eu dava uns bolo, botava de castigo. Aí a que ela mais respeitava era eu.

A entrevistada faz uma distinção, porém, entre “dar bolo” e “espancar”: “toda criança precisa. Não é espancar, mas tem que tomar uns bolozinhos”. Na sua diferenciação, a entrevistada deixa claro ainda que entende essa última forma de violência como inaceitável e passível de sanção: “vou pegar ela, vou espancar, vou bater? aí eu vou presa, né”. Além do espancamento, Melissa compreende que outras formas de violência seriam passíveis de sanção, como a negligência e a privação de liberdade. Nesse sentido, ao afirmar que não tem condições de acolher Márcia, utiliza como argumento o fato de considerar a menina muito “rebelde”, o que demandaria práticas não aceitas de controle: “ela vai ter que ficar tipo uma prisioneira. Mas aí eu não quero, porque aí até quem tá de fora, chama até um Conselho Tutelar pra mim. Quem não sabe o que se passa, é capaz até de eu ir presa”.

Itinerários de cuidado

Os itinerários de cuidado às crianças empreendidos pela família têm como foco principal a manutenção da segurança e bem estar delas, com perspectivas positivas para o futuro. Conforme será descrito, este objetivo norteia as diferentes práticas familiares de cuidado, além de pessoas e serviços buscados para suporte. Destaca-se posteriormente o itinerário terapêutico empreendido especificamente na situação de violência sexual contra Márcia.

Os itinerários de cuidado empreendidos na manutenção da segurança e bem estar das crianças são distintos entre Marília e Melissa, as duas principais cuidadoras dos menores. Marília é referida por Melissa como uma mãe atenciosa, que se esforçava para manter a frequência e desempenho escolar dos filhos, comparecia a reuniões escolares e se preocupava com o horário das crianças voltarem pra casa.

Porém apresentava comportamentos negligentes, muitos associados pela entrevistada ao seu estilo de vida

Ele [Márcio] ficava mais próximo de Marília, por ser menor. Marília segurava mais ele. Ele ficava assim na rua, ficava. Mas fica mais com ela, que Marília também já adorava uma rua [...] de noite ficava até um certo horário. As vezes quando ele acordava que ele ia atrás dela, ela às vezes estava em alta velocidade [sob efeito de drogas]. Às vezes ele saía com ela assim, mas não ficava o tempo todo não, ela botava ele pra casa

O itinerário empreendido por Melissa é diverso e conta com maior participação externa. Além da violência física anteriormente descrita, a entrevistada faz referências frequentes a cuidados relativos à circulação dos menores no bairro, conversas e castigos não físicos. Afirma como principal diferença entre a sua criação e a da irmã o livre acesso das crianças à rua

Pra rua aqui ele já não vai. Porque eu não deixo. Por causa dessa coisa assim desses meninos pra lá e pra cá, e polícia entrando dando tiro, e menino dando tiro. Eu já não deixo ele na rua. Minha filha nunca andou na rua. Ele, por ele estar morando comigo, ele tem que ter a criação que eu dei a minha filha, que não é de rua.

Necessário destacar que o fato de não permitir que Márcio tenha livre acesso à rua, ao contrário da criação anterior que o garoto recebia, é objeto de críticas de amigos e familiares, que aconselham Melissa e oferecem à criança espaços alternativos de lazer (casa do avô materno, judô, futebol, teatro da igreja). Quanto às adolescentes, Melissa apresenta uma prática que une o diálogo aberto ao estabelecimento de limites, que permeiam seu trato com a filha e com a sobrinha

Eu sempre quis o melhor pra ela [Monique]. Sempre ensinando o que é certo e o que é errado. Tanto é que em termo de tipo de drogas, em termo de coisas de bandidagem, ela sabe de tudo. Porque eu sento e converso com ela [...] porque antes eu explicando do que ela vendo os outros na rua dizendo que é bom

Como eu falei com ela [Márcia]: “você vai querer ir pra um pagode? Vai. Eu vou deixar? Vou, mas você vai ter horários”. Aí é por isso que ela não quer morar comigo, porque lá na casa da avó, ela vai pra um pagode, ela vem no outro dia, ela vem na hora que ela quer.

No itinerário de cuidado de Melissa, destaca-se o uso de castigos não físicos que consistiam na suspensão de atividades prazerosas do cotidiano de Márcio, tais como judô e teatro na igreja. A prática foi fruto de uma intervenção da escola de Márcio, diante dos problemas de comportamento apresentados pela criança e do hábito de Melissa tentar resolvê-los com castigos físicos:

aí eu tirei [do judô], pra ele melhorar no colégio. Pra eu não precisar bater nele. Foi como a coordenadora do colégio conversou comigo pra fazer isso. Tirar as coisas, tirar a televisão, tirar ele do judô um pouco. Não deixar ele brincar assim [...] Ela disse “você bota ele de castigo, pra não precisar você bater”

Apesar de Melissa ter feito diversas referências ao uso de castigos físicos ao longo das entrevistas, o castigo não físico ganhou destaque, com a entrevistada referindo orgulhosamente os resultados positivos: “Aí [a professora] disse que ele tá melhorando [na escola]”. Destaca-se ainda por ser a primeira intervenção referida feita pela escola contra castigos físicos que não consistia em uma orientação geral de “não bata, converse”.

A participação de recursos externos no itinerário de cuidado nem sempre tem um resultado positivo para a família, conforme exemplifica o desenrolar da denúncia de abuso sexual de Márcia. Diante da descoberta, o primeiro passo do itinerário foi a busca de recursos externos (polícia e CT). As ações imediatamente empreendidas pelo Conselho Tutelar envolveram contato com a delegacia para prisão do acusado e retirada da criança do domicílio da mãe. Por um lado, a prisão do suspeito não teve consequências a longo prazo. De acordo com Melissa, não houve audiência ou julgamento: “Não mandaram nada de audiência [...] soltaram um tempinho depois, não ficou nem um ano preso [...] não deu em nada mais. Ele foi solto, não responderam mais nada”.

Por outro lado, a retirada da criança do domicílio, com a acusação de que a

mãe era negligente, impactou a família até os dias atuais, conforme descreve Melissa

O pessoal do conselho foi levar ela lá no [outro bairro], porque não podia deixar na mão de Marília. Porque Marília não ficou com a guarda dela, porque acho que o horário era um horário meio tarde. [disseram] "Como é que a mãe deixou a filha naquele horário?" Aí acharam ela irresponsável. Pra ela voltar pra casa, tinha que ter uma pessoa pra ficar com a guarda dela. Aí minha tia pegou assinou pra ficar com a guarda dela.

Necessário destacar que Melissa não sabia, ou conseguiu recordar, qual foi o processo relativo à guarda de Márcia após esta intervenção do Conselho Tutelar. Apenas refere que, apesar da adolescente circular entre domicílios até hoje, a guarda continua sendo da tia-avó que a acolheu a princípio. Essa informação sugere que a família passou por todo o processo jurídico pertinente e Marília perdeu a guarda da filha permanentemente.

O efeito protetivo da medida é discutível, considerando que o que se seguiu foi uma série de relatos de insatisfação dos cuidadores da criança, que a faziam circular de domicílio em domicílio, mesmo a guarda estando com a tia. No que tange especificamente ao abuso sexual, pode-se questionar a eficácia de separar Márcia da mãe, uma vez que esta foi a principal acolhedora da queixa da criança.

Foram realizadas pelo Conselho Tutelar outras sugestões ao itinerário de cuidado após o abuso. Foi recomendado que Márcia tivesse acompanhamento com psicóloga e mantivesse contato com o Conselho Tutelar, o que, de acordo com Melissa, não teve continuidade

Mandaram procurar uma psicóloga, por causa do acontecimento. E pra ela ir no conselho, sempre estar tendo um acompanhamento, sempre estar tendo instruções das pessoas que trabalhassem no conselho [...] se muito Márcia foi, foi uma vez ou duas vezes [à psicóloga]. Aí depois não foram mais

Portanto, observa-se que o itinerário de cuidado a crianças diante de situação de violência na família Matos conta com algumas práticas, principalmente preventivas,

no próprio seio familiar, e outras com intervenções de terceiros. Destacam-se as intervenções da escola de Márcio diante do abuso físico da tia, e do Conselho Tutelar diante do comportamento negligente de Marília com Márcia. Na primeira foi oferecida uma alternativa ao abuso físico, testada e aprovada pela entrevistada. Na segunda foi imposta uma mudança no cotidiano familiar, logo após o trauma do abuso sexual, e que não pareceu surtir efeito a longo prazo no bem-estar e segurança de Márcia.

7 A REDE DE SERVIÇOS

7.1 O CONSELHO TUTELAR

Caracterização do serviço

O Conselho Tutelar é um órgão permanente e autônomo, integrante da administração pública local, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. De acordo com uma das entrevistadas, tem como objetivo “atender toda e qualquer situação, dentro do estatuto, que ameace ou viole os direitos ali estabelecidos” (Camila, 42 anos).

Tem entre as suas principais atribuições o atendimento de crianças, adolescentes em situação de violação de direitos e seus pais ou responsáveis, aplicando as medidas de proteção cabíveis. Os conselheiros tutelares são responsáveis por aplicar e promover a execução de quase todas as medidas previstas para crianças, adolescentes e pais, sendo excluídos apenas daquelas referentes a ato infracional cometido por adolescente e a acolhimento familiar e suspensão de guarda, tutela ou poder familiar.

A cidade de Salvador contava à época da pesquisa de campo, com 18 Conselhos Tutelares. O Conselho Tutelar que atende o bairro estudado tem competência sobre cerca de 40 bairros de Salvador. Conta com 5 Conselheiros, e com apoio de pessoal administrativo, motorista e segurança. O período da pesquisa (2014-2016) compreendeu 2 mandatos diferentes: os últimos 2 anos de um e os primeiros meses do seguinte.

Foram entrevistadas 2 conselheiras, Cláudia e Camila. Cláudia, de 48 anos, estava no seu quinto mandato não consecutivo como Conselheira Tutelar. Camila, de

42, teve quatro mandatos, intercalados por um período em que trabalhou junto à rede de abrigos.

A entrada dos conselheiros na função ocorre através de processo de escolha pública, onde moradores das regiões administrativas votam nos seus candidatos. As histórias de entrada na função e na área de defesa dos direitos da criança e do adolescente variam entre as participantes da pesquisa, passando pela mobilização no bairro onde moram. Cláudia iniciou sua carreira na defesa dos direitos das crianças e adolescentes através do grupo de jovens do bairro onde mora, que deu origem a uma escola comunitária

Quando eu vi falar... O conselho tutelar já tinha tido 2 mandatos, né, de conselheiros tutelares. E aí eu me inscrevi. E passei. E daí abri. Fui passando essa... vamos dizer assim, essa novidade. Porque quase que ninguém sabia o que era conselho tutelar. E eu acho que também, quando eu entrei, eu nem sabia ao certo. Eu sabia que eu via falar, do pouco que eu pesquisei, não tinha muito conteúdo na internet. (Cláudia, 48 anos)

Além da sua mobilização comunitária e interesse pelo tema, Cláudia atribui a sua escolha como conselheira ao apoio da igreja protestante onde congrega, que fez campanha em seu favor e estimulou os moradores a votarem nela. Camila, por sua vez, contou com apoio de líderes comunitários influentes, porém esbarrou em dois problemas: desconhecimento da comunidade em relação às atribuições do Conselho Tutelar e expectativas populares relacionadas a processos de eleição

E às vezes são situações.... por exemplo, agora na eleição, né, aí você vai pedir, você vai, porque a comunidade que tem que eleger. Aí você vai falar “ah, porque...”, “oxe, vai fazer o que? Nunca vi fazer nada aqui”. “Nunca vi aqui na comunidade”. [...] Aí confunde eleição de conselho tutelar com eleição pra vereador “hum, e aí, a gente vai ganhar o que?” [risos] “vai fazer o que pela comunidade?”. Faz assim: “vai fazer o que pela comunidade”. “Ó, a gente não pode fazer nada. Tem as nossas atribuições. A comunidade requerendo a gente vai fazer”.

É necessário pontuar o desconhecimento apontado por Camila do que seriam atribuições do Conselho Tutelar, o que gera na população insatisfação com o produto

deste trabalho. É possível observar, porém, potencial educativo no processo de escolha, pois através do pedido de votos, a comunidade tem a oportunidade de conhecer, questionar e compreender o trabalho do Conselho Tutelar.

Após o processo de escolha, todos os conselheiros passam por uma capacitação no início do mandato, além de outras capacitações ou participação em seminários ao longo do mandato. Nenhuma das entrevistadas se lembrou de ter participado de algum seminário ou outro evento educativo ao longo do ano de 2015. As entrevistadas têm críticas à falta de capacitação continuada e ao conteúdo das capacitações de início de mandato

Já tivemos. Porque diz que a capacitação tem que ser continuada. Mas assim, não acontece com muita frequência não. Fora seminários, assim, que a gente vai. Não tem. A capacitação não é continuada. Mas acontece. Duas ou três vezes num mandato (Camila, 42 anos)

Nós tivemos uma capacitação agora muito boa. Porém, assim, me senti tão impotente, assim. Que às vezes dava até vontade de abrir a boca pra falar, mas ficava até com receio de agredir verbalmente os palestrantes que estão ali sendo pagos pra realmente passar as coisas. Mas só que a coisa não funciona. Não funciona! (Cláudia, 48 anos)

Na compreensão das participantes, faltam políticas públicas que atendam à infância, além de desrespeito cotidiano à prioridade absoluta da criança e do adolescente, pressuposta pelo ECA. Neste sentido, as capacitações, por não problematizarem este distanciamento entre a norma e a execução, são insatisfatórias.

Segundo Cláudia, as atividades do conselho, a princípio, se equilibravam entre o atendimento de denúncias e a difusão do ECA, com participação em rádios comunitárias e eventos locais. Porém, a mesma conselheira refere que as demandas de atendimento, somadas às administrativas, deixam pouco tempo disponível para dedicação a outras atividades.

As demandas vão crescendo. E hoje tem muitas reuniões, pra a gente resolver as coisas assim... é reunião de comissão disso, é reunião disso, é reunião daquilo. É reunião de políticas públicas, pra você

brigar por salário. É reunião de administração, pra você cuidar da manutenção do conselho. (Cláudia, 48 anos)

Tal informação é confirmada pelo Regimento dos Conselhos Tutelares de Salvador (CMDCA, 2008), que define que o conselheiro deve comparecer a reuniões locais semanais, reuniões de coordenação mensais e reuniões municipais trimestrais. Deve ainda compor câmaras técnicas ligadas ao CMDCA, com participação também nas assembleias deste órgão.

Destaca-se, sobre a função de difusão do ECA, que enquanto no passado isto era feito pelas conselheiras de forma espontânea, e junto à comunidade, atualmente a Lei 13046/2014 incluiu entre as atribuições do Conselho Tutelar “promover e incentivar, na comunidade e nos grupos profissionais, ações de divulgação e treinamento para o reconhecimento de sintomas de maus-tratos em crianças e adolescentes” (BRASIL, 2014). Essa nova função trouxe preocupação e questionamentos aos conselheiros

Inclusive agora, o conselho tutelar, ele deve... Na rede, ele que deve prestar esse tipo de orientação, pra que as pessoas consigam detectar as situações de violência que devem comunicar ao conselho. Então, faz parte da atribuição do conselho. Já tá lá no 136, capacitar as redes profissionais pra identificar. Agora, como é que a gente vai... claro, a gente sabe no tato. Sabe? Na lida do dia a dia, até por conta do próprio atendimento do conselho. Mas não pode ser uma coisa de tato, tem que ser uma coisa direcionada. Tem que ser um... tipo assim, os sinais, características, pra que a gen... como é que a gente vai capacitar as pessoas, se a gente não recebeu capacitação pra isso? (Camila, 42 anos)

Observa-se a amplitude da região administrativa adstrita ao Conselho Tutelar, assim como a quantidade e complexidade de atribuições e medidas a serem executadas, conforme descrito pelas entrevistadas e confirmado pela legislação e regulamentação vigente. Diante disto, é evidente a necessidade de uma equipe multiprofissional e de indispensável capacitação continuada para enfrentar as múltiplas avaliações e decisões a serem realizadas no contexto de um Conselho Tutelar.

A lei municipal 6266/2003, que trata do funcionamento dos Conselhos Tutelares, assim como o Regimento Interno dos Conselhos Tutelares de Salvador (CMDCA, 2003) determinam que o Executivo Municipal deve ceder assessoria técnica nas áreas de serviço social, jurídica e psicopedagógica, quando solicitada pelos conselhos. A ocorrência de assessoria técnica não foi referida em nenhuma das entrevistas com Conselheiras Tutelares, ou nas visitas da pesquisadora ao órgão.

Diante disto, a organização do trabalho no Conselho Tutelar tem como base a experiência das profissionais e as trocas entre eles, além dos encaminhamentos para as instituições do Sistema de Garantia de Direitos. Estas instituições, embora contem com profissionais das referidas especialidades (entre outras), apenas recebem ou fazem encaminhamentos do/ao conselho tutelar, não participando necessariamente do processo inicial de avaliação dos casos e definição das medidas de proteção a serem executadas.

Organização do trabalho

De acordo com Camila, a atuação do Conselho ocorre por demanda espontânea ou diante de provocação por um cidadão ou serviço, via denúncia. As denúncias chegam através do disk 100, do Ministério Público, da DERCA (Delegacia Especializada de Repressão a Crimes contra a Criança e o Adolescente), por e-mail institucional ou pessoalmente, através de visita, telefonema ou contato na comunidade do denunciante com um conselheiro tutelar.

Questionada sobre as violações ou os tipos de caso mais frequentemente atendidos no conselho, uma das entrevistadas descreve da seguinte forma

Conflito familiar. Alguns envolvendo violência, poucos envolvendo abuso sexual. Agora, a nível de denúncia, tem muito abuso. Mas assim, a demanda espontânea do conselho tutelar é conflito familiar. E questão de comportamento. De adolescente, especificamente (Camila, 42 anos)

As conselheiras entrevistadas destacam diferenças marcantes entre os casos de demanda espontânea e de denúncia. Os casos de demanda espontânea são representados pelas trabalhadoras como aqueles em que as famílias esgotaram suas possibilidades internas de proteção da criança ou adolescente, seja por conflitos entre os pais ou por “problemas de comportamento” dos filhos.

O pai e a mãe porque discordam disso. Geralmente sempre separados. Porque quando estão juntos nunca tem problema, né. Teoricamente. Mas aí se separou, aí tem: porque o pai não dá atenção, porque a criança tá sofrendo disso. Aí a questão da alienação parental. Que envolve desde a questão de não tá prestando alimentos, negligenciando com relação a tá acompanhando a escola. Então, a gente no geral encara como conflito familiar, mas tem os pormenores, né. (Camila, 42 anos)

E os adolescentes com problema de comportamento na escola, em casa. Tem muita situação de adolescente que... principalmente adolescente que os pais já perderam o controle. Não tem mais limite. [...] porque tem o conselho como quase um órgão repressor, né. Dizem “ah, vou te levar pro conselho tutelar”. Então acham que chegando aqui eu vou dar uma dura no menino, o menino vai mudar de comportamento, e pronto, acabou. (Camila, 42 anos)

Destacam-se no cotidiano do trabalho, portanto, casos em que os pais procuram o conselho para dirimir conflitos relacionados à criação dos filhos, em geral após separação do casal, e casos em que a família tem dificuldades de lidar com um adolescente que vem apresentando comportamento anti-social, evasão do domicílio e da escola. Em episódios menos frequentes, mas ainda relevantes, os próprios adolescentes procuram o conselho para colocação em projetos sociais e/ou profissionais.

A busca do conselho como forma de controlar adolescentes confirma o itinerário descrito por Valéria para afastar Vitor da delinquência, no qual a ida ao Conselho Tutelar tinha o objetivo declarado de interná-lo numa instituição juvenil.

Os casos de denúncia são descritos como aqueles que tratam mais de violências, como abuso sexual e maus tratos, em geral realizadas dentro do domicílio

Maus tratos. E muita questão de abuso. Maus tratos é recorde. Deixa com fome, deixa sozinho. Bate. Xinga. Grita. Bateu disso, bateu daquilo. Então tem muito maus tratos. Negligencia. E abuso. Agora, principalmente, abuso é mais difícil. Aquela coisa de vir denunciar porque meu filho ou minha filha foi abusado. É mais difícil. (Camila, 42 anos)

Diante de uma denúncia, os conselheiros visitam o domicílio da criança ou adolescente, o local de onde partiu a denúncia (escola, serviço de saúde), ou o local onde a criança ou adolescente foi visto (semáforo, praça, estacionamento). Em casos em que consta na denúncia um telefone para contato, a família é notificada via telefone e convidada a comparecer a uma audiência (com dia e horário agendados) com o conselheiro responsável pelo caso, conforme descreve Camila

Chegou aqui a denúncia, e meu dia de plantão externo é quarta-feira, aí eu vou. Hoje eu vou pra, digamos pro [nome de bairro popular]. Eu pego um número de denuncia daquela área e vou in loco. Às vezes eu só deixo a notificação pra comparecer aqui. E as vezes eu converso, na casa mesmo eu converso. “òia, a gente recebeu uma denúncia com relação a isso” “a não, não sei o que”. Quando tem a necessidade de chamar o pai ou a mãe que não tá naquele ambiente, a gente notifica [...] A maioria do disk 100, ou por telefone, a gente vai verificar. Algumas dá pra a gente notificar até por telefone, pra vir pra aqui. Não do disk 100, porque nunca tem telefone. Mas a de escola, de posto de saúde, geralmente dá pra notificar por telefone.

As visitas ocorrem em turnos semanais específicos reservados na agenda de cada conselheiro para tanto, com o apoio de uma *Kombi* da prefeitura que o transporta até o local ou até as proximidades, nas ruas onde não é possível entrada de carro. A visita pode ser individual, em dupla e até em trio, conforme necessidade do caso. Nas principais ocorrências referidas pelas conselheiras, as visitas foram individuais.

Em cada caso, os conselheiros avaliam a condição socioeconômica e de moradia da família, o estado dos genitores ou responsável e o estado das crianças ou adolescentes. Para essas avaliações, utilizam-se de sinais do ambiente e de conversas com as crianças e adolescentes, os pais, outros familiares presentes e vizinhos.

A condição socioeconômica e de moradia é avaliada a princípio pelos aspectos físicos e de higiene da casa. As conselheiras descrevem estruturas como “casebre” e “encosta” como as moradias mais precárias, conforme Camila exemplifica em um dos seus casos: “morava num... literalmente numa encosta. E alugada. Não era de graça não. Alugada. Em uma encosta, não tinha parede não. Era uma encosta, mais barro assim, no chão. Era horrível o lugar”. O meio de sustento familiar também faz parte dessa avaliação: se um ou os dois pais trabalham, se recebem algum benefício social, e se este está regularizado.

Quanto ao estado dos genitores ou responsável, investiga-se condição de saúde física e mental, abuso de substâncias, comportamento violento e abandono de um dos pais. Atenção especial é dada às famílias nas quais os pais são dependentes de álcool e outras drogas, sendo nos relatos aquelas nas quais se optou pelo acolhimento institucional das crianças. A partir das descrições feitas pelas conselheiras, observou-se que famílias matrifocais recebem simpatia e compreensão, principalmente aquelas recém abandonadas pela figura paterna.

A gente visita uma família. Chega uma demanda no conselho de um adolescente que não tá indo pra escola. Aí que a gente...vamos ver, vamos até lá. Quando chegamos na casa, o genitor abandonou a família, a mãe em cima de uma cama toda entevada. Um adolescente de 12, 13 anos tendo que lavar, passar, fazer sua própria comida. Entendeu? A gente começou a acompanhar. [...] Mas essa mulher precisa de atendimento. Essa mulher precisa quem leve ela. (Cláudia, 48 anos)

Ela cuida do filho dela, ela tem um comprometimento assim, que ela passou por um processo muito conturbado com relação a gravidez e tudo. E ela é depressiva. Ela não trabalha, ela não se cuida, mas ela tem um cuidado extremo com o filho dela. [...] Ela, você olhar pra ela, conversar com ela, você percebe que ela tá com um comprometimento sério com relação a depressão. Porque ela, tem tempo que ela não penteia nem o cabelo. (Camila, 42 anos)

A avaliação do estado da criança ou adolescente varia de acordo com a denúncia recebida (violência física, sexual, negligência, abandono, abuso de substância). São observadas a saúde física e mental, a existência de marcas de

violência física, possíveis atrasos de desenvolvimento, assim como frequência escolar e atividades de lazer.

Na maior parte dos atendimentos relatados pelas conselheiras, a preocupação principal da primeira visita era investigar se o convívio familiar oferece algum risco imediato à criança, para a seguir definir a medida de proteção mais adequada. Nesta avaliação, influem a observação da situação e experiência do conselheiro com casos similares, conforme relatos das conselheiras entrevistadas

Claro que o castigo físico, ainda mais depois da lei Bernardo, é proibido. Mas as medidas são administrativas, então o conselho tutelar que aplica isso. Mas como diferenciar se isso é uma situação costumeira, se esse pai é um agressor. Ou se esse pai ou essa mãe nesse momento teve... sabe? Perdeu o controle total. Aí você tem que ter maturidade, discernimento e bom senso pra diferenciar isso. E aí conversando com a criança. Até pelo que o pai diz, a mãe diz, você tem como meio que saber diferenciar. Se esse é um abusador, né, se é um comportamento constante de abuso e maus tratos. Ou se aconteceu uma situação que perdeu a cabeça, aí deu um tapa e deixou uma marca. (Camila, 42 anos)

O que eu avalio é a questão social. A maior parte da ida dessas crianças pra rua, é a questão social. Porque os pais desempregados. Aí não se entendem mais. [...] Começa a enveredar por um vício, seja lá qual for. Na maioria, assim, dos pais é a cachaça. Aí respinga neles. Sem ter o que comer. [...] E aí eles começam a se virar como podem. E aí, minha filha, é rua na certa (Cláudia, 48 anos)

As medidas aplicadas são principalmente aquelas descritas pelo ECA, tais como orientação, apoio e acompanhamento temporário, encaminhamento aos pais ou responsáveis, mediante termo de responsabilidade, inclusão em serviços comunitários de apoio familiar, de saúde e de educação e acolhimento institucional,

Destaque é dado à medida de acolhimento institucional, descrita na lei como provisória e excepcional, além de, salvo em casos emergenciais, aplicável apenas pelo juiz. Porém, através dos relatos das conselheiras e dos casos estudados, observa-se que é uma medida utilizada com certa frequência, não apenas nos casos de violência física e abuso sexual, mas principalmente nos casos de negligência.

Conforme salienta Cláudia, o acolhimento institucional é uma medida legítima do Conselho Tutelar, devendo ser apenas informada e justificada perante a autoridade judicial: “aí a gente informa porquê do abrigamento. A gente abriga, depois a gente informa”.

Há, porém, crítica das conselheiras acerca dos casos em que a medida de acolhimento institucional será benéfica e se há alternativas a esta. Essa avaliação é feita caso a caso, e depende da idade da criança ou adolescente, do desenvolvimento esperado para o caso e da disponibilidade de família extensa para acolher a criança ou adolescente, conforme casos descritos a seguir

Porque aí você abriga, acolhe institucionalmente. Não tinha como reinserir na família, que não era um caso que precisasse retirar pra resolver a situação e reinserir. Seria de colocação em família substituta. Mas quem? Qual família substituta que recebe um menino de 15 anos com problema de drogas. Então, a medida que a gente poderia visualizar, seria danosa também, não teria... então, termina sendo uma situação sem solução. (Camila, 42 anos)

As vezes a gente tá conversando ‘não, mas quando ele era pequeno, dona Josefa deixava muito ele lá. Mãe de leite dele e tal, tal”. Entendeu? [...] vou, minha filha “e aí, dona Josefa, não sei o que, não sei o que”. Se dona Josefa tem o querer e tem uma certa.... Porque não adianta também você empurrar e ela não ter, né, como sustentar. Mas a maioria das vezes tem. Aí pronto. Faço, encaminho pro juiz. Falo, relato. E aí, pra não botar em abrigo... (Cláudia, 48 anos)

Além dos impasses relacionados à decisão de acolher institucionalmente, os conselheiros lidam com as opiniões da comunidade e a insatisfação dos pais ao verem seus filhos “levados”. Camila refere que, ao atuar num caso de uma família com denúncias consecutivas de negligência, a mais recente contra recém-nascidas, ouviu da genitora em questão que “Camila não pode me ver com filho que ela quer tomar. Todos filho meu ela toma!”.

Além das medidas previstas no Estatuto, as conselheiras referem que realizam outras atividades, como ensino de cuidados com a higiene doméstica, escuta e aconselhamento de questões gerais (não apenas relacionadas a crianças e

adolescentes), acompanhamento na aquisição de documentos dos genitores (certidão de nascimento e registro geral), entre outros.

Conforme observado no caso da família Dias, o encaminhamento para realização de cirurgia de laqueadura tubária, embora não faça parte das atribuições do Conselho Tutelar também ocorre. Além do caso já referido de Débora, Cláudia descreveu outra ocorrência similar

A gente conversa muito com o serviço social. Eu to com uma na rua. Que pariu tem pouco tempo, aqui debaixo do viaduto. A menina de 26 anos, 10 filhos. Dez filhos. A última tá com 6 meses. Ela vai parir de novo. To caçando ela, minha filha. Aí essa semana me disseram que tá lá na [bairro fora da região administrativa]. Vou ver um dia... Já fiz o lobby lá pro IPERBA, certo. Só que ela tá sem documento. Já fiz um lobby com o SAC de [bairro] [...] Porque ela é doida, doida mesmo. Aí, já tirei a certidão dela. No dia que eu encontrar na rua eu vou, a coordenadora já sabe. Pegar do jeito que tiver, ir lá pra tirar a identidade. É papel da gente? Não. Mas 10. Dez! Vai parir de novo.

Sobre este tipo de atuação, Camila salienta que deve haver o respeito ao direito da mulher de tomar a decisão por fazer ou não a cirurgia “é uma alternativa pessoal, uma situação pessoal. Você não pode dizer ‘a partir de agora, a senhora não vai mais parir. Porque a senhora... todos os seus filhos dados pra adoção’”. Refere que, diante do desejo manifesto da mãe, durante o atendimento, o conselheiro tutelar pode facilitar o acesso junto à secretaria de saúde.

Na realização do seu trabalho, os conselheiros encontram limites relacionados às características do caso ou à necessidade de outros serviços. O cumprimento das medidas esbarra em limites ligados à adesão da família, no caso de crianças, e adesão do adolescente às medidas aplicadas.

A adesão da família, considerada fundamental nos casos que envolvem crianças, passa por questões de estrutura e dinâmica destas. Famílias onde os responsáveis são idosos ou com saúde debilitada e famílias monoparentais são consideradas aquelas com maior dificuldade de adesão.

Outra questão que influencia na execução das medidas é o cumprimento dos papéis familiares. Segundo Camila, se não tem alguém que “faça o papel de adulto da família” e leve a criança às consultas determinadas, a medida não surte efeito.

Em muitos casos, para que a família colabore na aplicação da orientação, as conselheiras utilizam-se de ameaças de acolhimento institucional.

A gente, na maioria das vezes, pra que funcione, a gente... “olhe, a senhora tem que levar! A senhora tem que fazer esse acompanhamento”. Não vou mentir, falo mesmo. “A senhora tem que levar seu filho, porque senão vocês vão retornar aqui, eu vou fazer visita, e infelizmente eu vou encaminhar!” (Cláudia, 48)

Quanto aos adolescentes, a principal dificuldade de adesão é dos próprios. Diante dos casos em que a família busca o Conselho para lidar com jovens, Cláudia refere como principal impasse o “descontrole” da família.

A gente aqui, a gente como conselheiro, né, a diz “sim, mas a senhora quer que a gente vá buscar?”. Mas por outro lado, ela também já perdeu. Não tem, ele não vem não. Ele vai dizer “eu não vou. Eu vou pra onde?”. Menino que já não respeita, que dorme na rua. Doze anos, 11 anos, 12 anos, criança ou adolescente. Dorme na rua. Então não tem. A gente vai fazer o que? Vai pegar, vai sair com o carro do Conselho parecendo carrocinha pra botar dentro de um carro?

Outro limite importante relatado pelas entrevistadas é a rede. Diante de casos nos quais se esgotam as suas possibilidades de realizar o atendimento, determinar medidas e fazê-las serem cumpridas, os conselheiros encaminham o caso a outros órgãos diretamente ligados à proteção à infância, como a DERCA (Delegacia Especializada de Repressão a Crimes contra a Criança e o Adolescente) e o Ministério Público.

Na maior parte dos casos, também é necessário envolver outros serviços, ligados ao setor saúde, educação ou assistência social, pois, conforme refere Camila “eu não efetivo essas medidas, eu só requisito que elas sejam aplicadas”. Para as conselheiras, as medidas que envolvem encaminhamento para a rede são fontes de frustração e impotência: “hoje em dia tá mais comum eu dormir com aquela sensação

de impotência. [...] Mas muitas vezes, a sensação que eu tenho é que a gente tá brincando. Tá fazendo de conta de que tá... como é... que tá atendendo, tá encaminhando” (Cláudia, 48 anos).

A rede de atendimento

A forma de atuação dos Conselhos Tutelares e dos serviços de proteção à criança e ao adolescente como um todo, conforme descrito no ECA, é intrinsecamente intersetorial. As trocas com serviços pertencentes a outros setores é não apenas uma realidade do Conselho Tutelar, mas uma condição para a realização do seu trabalho, uma vez que a maior parte das medidas de proteção possíveis envolve encaminhamento para serviços de saúde, educação, assistência social, segurança pública, entre outros.

Nessa interação, desafios são enfrentados, alguns referentes à rede ou a serviços públicos como um todo, outros específicos da relação com determinados setores. Problemas gerais envolvem falta de feedback das instituições sobre os casos, falta ou intermitência de recursos humanos e/ou vagas em locais para atendimento. As conselheiras entrevistadas concordam sobre a inexistência da rede, a qual interpretam como mera formalidade

Profissional vai hoje, não vai amanhã. Tem greve. [...] Nós não temos uma rede de apoio. Não, no papel tem. No papel tem uma imensidão. [...] Às vezes eu tô atendendo a pessoa, aí já começo a maquinar, pra onde é que eu vou encaminhar. Aí eu fico, fico, fico... aí daqui a pouco eu ligo: “ah não, tá fechado, não existe mais”, “ah, só tem vaga pra daqui a dois meses”. Até resolver.... (Cláudia, 48 anos)

A relação dos Conselho Tutelar estudado com os serviços sócio-sanitários do entorno da Nova Nigéria, de acordo com as entrevistas a representantes institucionais, pode ser representada pelo sociograma da figura 7. Foi dada ao CT posição central na representação gráfica intencionalmente, considerando o objeto de estudo. Esta centralidade, porém, foi confirmada pelas entrevistas, nas quais a maior parte dos

representantes institucionais considerava o CT como instituição competente para lidar com os direitos das crianças.

É possível observar pouca articulação dos serviços da rede entre si. Confirmando a visão das entrevistadas sobre incipiente rede de proteção no município. As perspectivas dos outros setores sobre a relação com o CT e com outros serviços serão abordadas nos subcapítulos posteriores.

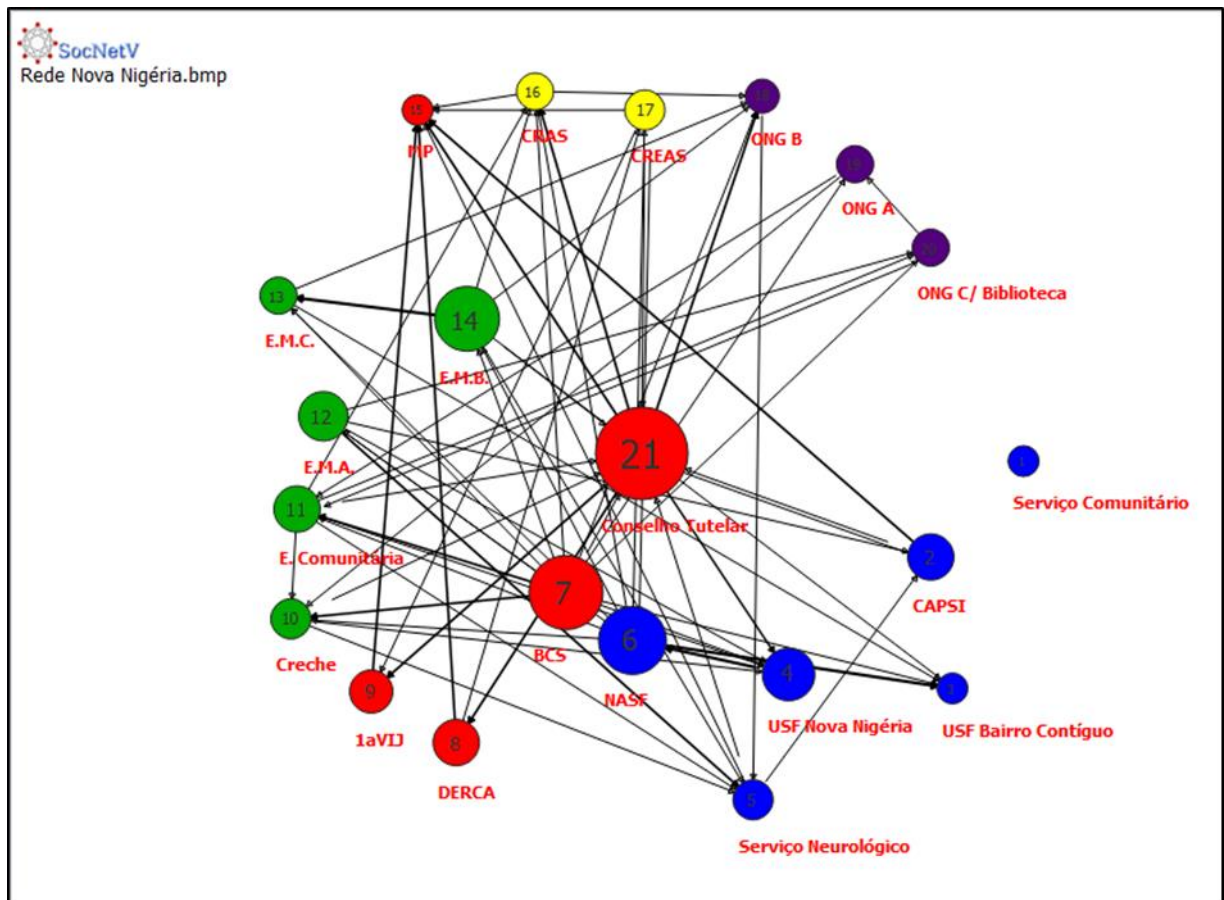


Figura 7 – Rede de Serviços de Proteção à Criança da Nova Nigéria

Alguns desafios e parcerias bem sucedidas, porém, são particulares da relação do Conselho Tutelar com cada setor ou serviço específico, conforme será apresentado a seguir.

Educação

Nos relatos das conselheiras, os serviços educacionais como creches e escola, aparecem como os principais denunciadores. Os relatos sugerem que as escolas incorporaram a prática de encaminhamento de alunos com evasão ou redução da frequência escolar. Num dos casos descritos, a escola encaminhou um aluno com comportamento agressivo e com ameaça de expulsão, sendo portanto uma das violadoras do caso

O menino tava com um problema de comportamento [...] a diretora disse ao pai que o menino não ia estudar mais lá. Aí eu disse a ele “não existe isso. Ela não pode. Mesmo que ele esteja, não tenha nenhuma possibilidade de passar, ela não pode dizer que é pro senhor tirar o menino”. [...] A escola não pode... se não tomou as medidas, né. Não tomou todas... não seguiu o regimento escolar, não pode tirar. Eu acho que nem existe mais expulsão de escola. Não sei como é que funciona isso mais. (Camila, 42 anos)

A forma de encaminhamento dos casos pela escola depende do bairro, de modo que no bairro onde mora um conselheiro, a denúncia tende a ser informal, conforme revela Cláudia “Por exemplo, a gente tá sempre lá, então, como é uma coisa corriqueira, termina falando com a gente. A gente encontra a professora ‘olhe...’”.

A relação do Conselho com as escolas enquanto executoras de medidas é descrita como ótima, sendo a prática de encaminhamento de crianças para inclusão em instituições de ensino fundamental sempre respeitadas. As entrevistadas referem, porém, problemas com relação à creche, de modo que para elas “a grande vilã é a creche. Nunca tem vaga. Nunca. Vai pra a escola, não tem problema nenhum...” (Cláudia, 48 anos).

Conforme explicitado pelas entrevistadas, a creche do bairro estudado já teve autonomia para matricular as crianças diretamente encaminhadas pelo Conselho Tutelar. A relação entre os serviços era próxima, e o Conselho podia dispor das vagas que porventura abriam na creche. Esta relação mudou com a municipalização das

creches, que distribui as vagas por sorteio, que dificulta o acesso das famílias identificadas pelas conselheiras como mais necessitadas, conforme descreve Camila

O sistema de creche agora, o sistema municipal é de sorteio. A família inscreve, e aí tem um sorteio, nem diz pra que creche é. Porque antigamente tinha matrícula, né, a pessoa ficava na fila. Agora não, é sorteio. [...] antes a gente conseguia, por exemplo, no meio do ano, a creche tinha vaga, a gente encaminhava direto pra creche, e a creche matriculava. Agora não tem como fazer isso. Se a mãe não tá achando vaga na creche, a gente tem que encaminhar pra GEDUC. Porque aí ela entra no sorteio.

Saúde

O setor saúde participa tanto realizando notificações quanto recebendo encaminhamentos. Os serviços de saúde atuam como denunciante principalmente em casos de abandono de tratamento. As entrevistadas referiram receber de hospitais denúncias de criança com marcas de agressão e recém-nascidos maltratados pela genitora. Tratam-se de denúncias formais, geralmente acompanhadas do relatório médico que as respalda e apoia o desenvolvimento mais célere do processo

Nas costas do menino tinha marcas antigas. E última, teve que baixar hospital porque o menino se escondeu debaixo da cama, aí ela esticou, só que o lastro da cama, o prego tava solto, aí saiu rasgando as costas. [...] A gente levou até foi direto pra DERCA. Foi direto. Nós fomos direto pra DERCA, eu e os pais. Que eles tavam lá, pensando que ele ia receber alta. Aí chegou lá, ele pediu a guia. Olhou assim, e o hospital também fez um relato, um laudo. E aí eles não tiveram.... Porque a queixa deles foi que o menino estava brincando, arranhou. Mas como o médico viu que tinha muitas marcas (Cláudia, 48 anos)

Quando se trata da Unidade de Saúde da Família (USF) da Nova Nigéria, as denúncias ocorrem de modo informal, devido à proximidade entre alguns agentes comunitários e uma das conselheiras

Então, quando tem alguma coisa assim, elas [ACS] falam com a gente, mas não como se fosse posto. [...] “ô Claudinha, fulana que mora ali, ó, passe a observar tal, tal, tal” [...] Bartolomeu tem meu telefone, Brenda. Um bocado das meninas, das agentes de saúde, tem meu número. Aí falam comigo, não como se fosse posto, mas como pessoa

da comunidade. Então não fica aquela coisa registrada: posto de saúde. (Cláudia, 48 anos)

Enquanto receptor de encaminhamentos, o setor saúde é um recurso frequentemente referido pelas conselheiras, que fazem desde solicitações de atendimento pelas Unidades de Saúde da Família, até solicitações de insumos e medicamentos diretamente à secretaria municipal de saúde. As solicitações de atendimento realizadas pelo Conselho Tutelar às equipes de saúde da família dizem respeito principalmente a problemas de saúde mental. Segundo Camila, são requerimentos em geral atendidos tanto pela USF da Nova Nigéria quanto de outros da região administrativa. Refere com espanto a única ocasião em recebeu um *feedback* de um destes serviços

Eu já tive um caso que eu encaminhei pro CRAS e o pai levou pra a equipe multidisciplinar do posto de saúde, que me retornou. Eu achei interessante isso, a equipe multidisciplinar me retornou, e nesse caso, lá tinha psicólogo. E aí me retornou. Foi o posto do [Bairro da Região Administrativa]. Me deram retorno, com relatório e tudo. Falando da situação do adolescente.

Apesar dos casos de sucesso relatados, ainda não está claro para as conselheiras o funcionamento da saúde pública, conforme refere Camila “Mas eu, por exemplo não sei como é que funciona... é o *narf*. Que atende as famílias. O núcleo de atendimento [...] NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Eu não sei como funciona essa questão de encaminhamento”.

Em outros casos, a avaliação e acompanhamento psicológico de crianças e famílias é prejudicado pelo funcionamento intermitente dos serviços. De acordo com Cláudia, “tem algumas clinicas nossas da rede, que é assim: você vai hoje, tá marcado, chega lá o profissional não pode ir, tal, tal, tal. Aí ‘ligue pra ver que dia ela tá aqui’”.

De acordo com Camila, uma das principais opções disponíveis para atendimento psicológico é o CAPSi. Nesse serviço, conforme reconhecido pela própria

conselheira, a demanda recebida é superior à capacidade do centro, o que faz com que a execução da medida seja adiada. Conforme relata Camila, “Tem um negócio de triagem que tem que fazer, que eu tenho casos de que a mãe já foi 500 vezes e não conseguiu se enquadrar no tratamento. Já teve casos que eu já tive que ir lá no CAPSi, pra poder dizer ‘ói, tô com essa situação que eu preciso”.

Diante da oferta reduzida de serviços de atendimento psicológico, além das dificuldades de acesso das famílias aos poucos existentes, as conselheiras se utilizam de recursos que extrapolam a rede pública. De acordo com as entrevistadas, conforme a posição socioeconômica das famílias é possível encaminhá-las para clínicas populares, que cobram valores reduzidos. Em casos onde as famílias dispõem de plano de saúde, é aconselhado que encontrem um psicólogo através deste.

Sobre as solicitações feitas diretamente à Secretaria Municipal de Saúde, Cláudia relatou 3 casos cujo período não conseguiu recordar: requisição de leite para um recém-nascido cuja mãe não podia amamentar, e passou a ser dispensado na USF local; solicitação de um exame caro e indisponível na rede pública; e requisição de abastecimento da USF com contraceptivos, diante de uma grande quantidade de gestações de adolescentes. De acordo com Cláudia, na sua relação com a Secretaria Municipal de Saúde, “não são muitos casos que a gente encaminha não, mas os poucos somos atendidos”.

Há ainda os casos como o anteriormente descrito, em que as mães com múltiplas denúncias de abandono e negligência são encaminhadas, diante de vontade manifesta, para serviços de saúde para realização de cirurgia de laqueadura tubária. Os encaminhamentos de saúde referentes aos pais ou responsáveis também podem ser para serviços de saúde mental e tratamento de abuso de substâncias, como o Hospital Juliano Moreira e o CETAD.

Assistência Social

Entre os serviços de assistência social, o que mantém mais contato com o Conselho Tutelar é o CRAS. Não houve relato de crianças ou adolescentes recebidos do CRAS, apenas encaminhados para lá. O motivo principal de encaminhamento referido pelas conselheiras é a necessidade de acompanhamento psicológico. Porém, atendimento individual não faz parte das atribuições do psicólogo no CRAS. As entrevistadas referem estar cientes deste impedimento, porém, por falta de opções, continuam encaminhando para os psicólogos dos CRAS.

Um resultado positivo deste encaminhamento é o re-encaminhamento do CRAS para serviços de atendimento à comunidade ligados a Faculdades de Psicologia, que não fazem parte da rede acessada cotidianamente pelas conselheiras entrevistadas. Além da busca por consultas psicológicas, um encaminhamento frequente para o CRAS diz respeito ao cadastro (ou regularização de cadastro) em benefícios sociais, tais como o *Bolsa Família*.

Segundo Cláudia, uma estratégia comumente utilizada é o encaminhamento para um CRAS próximo da residência da criança ou adolescente, para reduzir os gastos da família com transporte e estimular a adesão à medida de proteção. O Conselho Tutelar que fez parte da presente pesquisa tinha ainda a vantagem de contar com um CRAS na vizinhança, de forma que encaminhamentos imediatos e trocas de informações entre os trabalhadores dos dois serviços são comuns. Dificuldades estruturais do CRAS, porém, dificultam o melhor aproveitamento dessa proximidade, conforme relata Cláudia “mas aí, quando a família chega lá, aí Elisa, a coordenadora ‘ô Cláudia, tô sem psicólogo’, ‘ô Cláudia, não tem...’ [...] A gente vê as demandas saindo pelos nossos dedos”.

Segurança pública, Justiça e direitos humanos

Os serviços de segurança pública, justiça e direitos humanos diretamente ligados à proteção da criança e do adolescente são os órgãos com os quais o Conselho Tutelar mais mantém contato na resolução dos seus casos. Em diferentes momentos dos casos, o Conselheiro Tutelar vê a necessidade – ou é obrigado pelo ECA – a incluir no processo a DERCA, o Ministério Público ou a Vara da Infância e Juventude.

O recurso à DERCA sempre ocorre ao longo da investigação de casos de violência física ou sexual. Porém, o Conselho Tutelar pode solicitar que a DERCA tome a frente do caso desde o primeiro momento, se avaliar que a visita ou acompanhamento daquela família em especial representa risco ao conselheiro, conforme relata Camila

Eu fiquei temerosa por conta dele ser próximo aqui do conselho, e eu ter chegado na casa e ter encontrado ele fumando maconha com outra pessoa. Aí eu fiquei... preferi encaminhar com relatório de que já tinha notificado, e que ele não tinha comparecido, como eu encontrei a situação na casa. Aí eu encaminhei, fiz um relato e oficiei pra DERCA, pra que ela investigasse a situação. Que eu também não tava me sentindo segura

Vale destacar que há limites ao apoio dos serviços de segurança pública. Enquanto a transferência de um caso para a DERCA é considerado seguro, fazer uma visita acompanhada de um policial é considerado contraproducente. Conforme refere Camila, “tem situações de extrema violência nas áreas que a gente atende. E o Conselho Tutelar ainda entra. Mas ir levar polícia, é dar tiro no pé. Nunca mais entra”.

A mesma regra de contato mínimo com a polícia é aplicada à relação dos conselheiros com a Base Comunitária do bairro estudado. Não há encaminhamentos ou atuações conjuntas com a Base por iniciativa das conselheiras. Porém, Camila

refere que o Conselho Tutelar já recebeu solicitações de informação e orientação vindas da Base

O Ministério Público, faz parte da rede tanto como denunciante quanto receptor de processos. Segundo Cláudia, o recurso ao Ministério Público ocorre quando o Conselho Tutelar já esgotou as suas possibilidades de resolver a situação.

Ministério Público é a questão da negligencia que já passou aqui uma, duas, três vezes. Você não vai esperar mais. Aí volta o caso. Você pega a ficha, tem um catatau de encaminhamento. [...] aí o que você faz? Aí você junta tudo, faz um relatório e manda pro Ministério Público.

O contato com a Vara da Infância e Juventude ocorre nos casos em que os pais ou responsáveis perdem a guarda, a tutela ou o poder familiar, e principalmente nas situações de acolhimento institucional por decisão dos conselheiros, que devem informar e justificar a medida perante o juiz. Também é feito recurso à Vara da Infância e Juventude quando são atendidos casos caracterizados como conflitos familiares em que o objeto principal da disputa é a pensão alimentícia.

Pro juizado, geralmente, a gente só encaminha caso mesmo de... quando chega aqui, que as vezes as pessoas acham que a gente tem que fazer... pensão... [...] Mas a questão da pensão de alimento, você encaminha, porque o Conselho Tutelar não faz. São raríssimos caso, por exemplo, assim, um caso de negligencia. Muitas vezes eu mando pro Ministério Público e mando pro juiz também. Porque o juiz tem como entrar com um pedido de pensão. (Cláudia, 48 anos)

Assim como ocorre com os serviços dos outros setores, há impasses na relação do conselho com os órgãos aqui descritos. Segundo as conselheiras, questões relacionadas a retirada ou não da criança do domicílio são pontos de tensão. Para elas, o prolongamento do processo investigativo e judicial nos casos de abuso sexual faz com que o afastamento do agressor do domicílio demore de ocorrer e traumatiza a vítima, uma vez que esta é obrigada a ficar afastada do lar durante as investigações. Destacam ainda os casos em que a manutenção ou não da guarda de uma criança é

ponto de debate, e as conselheiras que acompanharam o caso discordam das recomendações do Ministério Público.

7.2 SEGURANÇA PÚBLICA, JUSTIÇA E DIREITOS HUMANOS

Além do Conselho Tutelar, já apresentado, o setor de Segurança Pública, Justiça e Direitos Humanos é representado nesta pesquisa pela Base Comunitária de Segurança à qual a Nova Nigéria está adscrita, pela Delegacia Especializada de Repressão a Crimes contra a Criança e o Adolescente (DERCA) e pela 1ª Vara da Infância e Juventude (VIJ), onde tramitam os casos específicos de medidas de proteção a crianças e adolescentes. A Base foi representada pelo seu comandante, capitão Jairo (39 anos). A DERCA foi representada por uma das delegadas titulares, Jeane (44 anos), a 1ª VIJ foi representada pela assistente social Juliana (40 anos).

Caracterização dos serviços

A Base Comunitária de Segurança tem sede num prédio pertencente à Associação de Moradores, na praça Central da Nova Nigéria, próxima à Creche Municipal, à Escola Comunitária e à Unidade de Saúde da Família. Foi implantada cerca de 3 anos antes do início da pesquisa como parte do *Pacto Pela Vida*, um programa estadual criado pela Lei nº 12.357 de 26/09/2011 (BAHIA, 2011).

Conforme explica o comandante Jairo (39 anos), a escolha da Nova Nigéria como uma das localidades onde as Bases de Segurança seriam implantadas se baseou em dados sobre a criminalidade na região

As Bases Comunitárias, elas foram implantadas em locais onde a Secretaria de Segurança Pública diz que são locais onde tem a mancha criminal muito alterada. Onde tem um alto índice de CVLI, né. Crimes violentos letais intencionais. Homicídios. Só que na Nova Nigéria foi diferente. Aqui não tinha uma taxa tão grande de homicídios. Mas a pressão psicossocial aqui era muito grande.

Após decisão de estabelecimento da Base motivada pela “pressão psicossocial”, foi iniciado o processo de implantação, que contou com quatro fases: inteligência; intervenção; ocupação e implantação propriamente dita. No ato da implantação, a Base contava com um efetivo de mais de 100 policiais, que se resumiam a 50 na ocasião da entrevista. Esta redução, segundo Jairo (39 anos), se deveu à redistribuição dos policiais por outras Bases que foram sendo implantadas na cidade.

O tipo de trabalho dos policiais da Base é definido por Jairo como “policimento personalizado”, uma organização do trabalho na qual cada policial é responsável por uma rua ou setor onde deve cadastrar os moradores e conhecê-los, assim como se fazer conhecer. Jairo compara o trabalho da polícia comunitária ao do Agente Comunitário de Saúde: onde o policial responsável visita as residências, cadastra as famílias, faz um levantamento das suas condições sociais e torna-se referência para estas.

Jairo afirma que a maioria das famílias é acolhedora às visitas, embora tenham estranhado a princípio. Atribui a receptividade ao tipo de questões que fazem, que não são sobre violência em si, e sim situação de emprego e acesso a benefícios sociais. As famílias que são acolhedoras são priorizadas quando a Base consegue algum benefício:

Mês passado mesmo a gente conseguiu algumas convocações para seleção e emprego, pela Secretaria de Trabalho, Emprego e Renda do estado. Aí nós acionamos quem? Essas pessoas que nós já sabíamos que estavam desempregadas (Jairo, 39 anos)

Foi salientado que a pesquisadora circulou no bairro em dias da semana e horários distintos e não encontrou policiais nas ruas, apenas duas duplas sempre nos mesmos locais. O capitão argumentou que devido à redução do efetivo, a estratégia de divisão territorial para cobertura passou um tempo sem ocorrer, sendo retomada

em outubro do ano anterior, e sofreu alterações na sua configuração: “como o efetivo é pouco, eles estão andando em determinado local. Talvez seja por isso que não esteja se encontrando”.

Como parte policiamento comunitário, a Base oferece cursos de judô, canto, música e matemática dentro do seu espaço. Trata-se de uma iniciativa da própria Base, utilizando-se de talentos de policiais ali lotados e, portanto, sujeita a desfalques. Conforme explica Jairo, costumava ocorrer também um curso de informática, porém o policial responsável foi transferido para outra unidade e o curso foi interrompido. Como forma de evitar estes desfalques, Jairo afirma que uma aposta da Base tem sido a busca de parcerias, principalmente com professores da própria comunidade, além de uma meta de formar multiplicadores entre os próprios alunos.

A DERCA foi representada na pesquisa pela delegada Jeane (44 anos). O serviço tem como objetivo desenvolver a investigação policial referente a “todos os crimes previstos na legislação penal brasileira” praticados contra criança e adolescente. Foram pontuados como crimes mais comuns atendidos na DERCA “as lesões corporais, principalmente na modalidade violência doméstica, também muitas vezes com a característica de maus tratos. Também a violência sexual, principalmente o estupro de vulnerável”.

A equipe é composta por seis delegadas, seis escrivães e cerca de 30 investigadores de polícia, que trabalham em regime de plantão, além de pessoal administrativo. A participação de outras categorias na equipe, embora considerada relevante no trato com as famílias, nem sempre é possível, conforme explica Jeane (44 anos)

Existe dentro da estrutura da delegacia foi criado o espaço para o setor psicossocial, com assistente social e psicóloga, mas não existe dentro do quadro da polícia civil o cargo para assistente social e para

psicólogo, portanto essa contratação sempre é temporária, de modo que dificulta essa contratação. E atualmente nós estamos sem psicóloga e sem assistente social por causa dessa dificuldade [...] tem mais ou menos uns dois anos [...] a gente sempre teve assistente social, né, ela saiu porque ela passou em um concurso público que era no interior da Bahia

Conforme explicita a delegada, os casos chegam à delegacia através de denúncia ou de notícia de crime. As denúncias são em geral feitas por telefone ao disque 100, anonimamente. As notícias de crime, forma mais comum de entrada de casos na DERCA, ocorrem na forma presencial, quando a vítima comparece à delegacia acompanhada de um responsável ou representante e noticia uma violência, que é transformada em um boletim de ocorrência.

A 1ª Vara da Infância e Juventude foi representada pela assistente social Juliana (40 anos). Neste serviço tramitam os processos de medidas de proteção envolvendo crianças e adolescentes, como “destituição, adoção, alguns casos de guarda, de tutela, medidas de providência”, além da habilitação de candidatos a adoção. Lá tramitam também os casos de acolhimento em caráter de urgência pelo Conselho Tutelar, pelos quais passaram crianças das famílias Viana, Dias e Silva. Contam com um juiz, dois promotores, uma defensora e uma equipe técnica composta por cinco assistentes sociais, duas psicólogas e uma pedagoga.

Conforme descreve Juliana (40 anos), acolhimentos realizados pelo Conselho Tutelar, assim como esta e outras medidas de proteção solicitadas através do Ministério Público geram um processo a tramitar nesta Vara

Ela chega e o processo vai tramitar. Então as vezes o processo tem audiência primeiro, aí então o oficial de justiça vai levar a intimação, pra que ela venha pra a audiência. Geralmente, o correto é que antes da audiência, tenha essas avaliações. Que o juiz precisa pra embasar a decisão dele. Então o tramite do processo é esse.

As avaliações a que se refere são os pareceres da equipe técnica acerca da condição psicossocial da criança e/ou família. Considerando que a equipe de

assistentes sociais é maior, estas se dividiram entre processos em geral (três profissionais) e habilitação para adoção (duas). A equipe trabalha em salas separadas por especialidade e finalidade. Podem utilizar no processo de avaliação entrevistas, visitas domiciliares, escolares e institucionais, para as quais têm um carro à disposição para todas as 8 profissionais.

A gente vai avaliar, né. Analisar os autos, vai ver o que é que precisa pra subsidiar a nossa prática, no caso, dar nossa avaliação. Então alguns casos é visita domiciliar, entrevista. Em alguns casos pode fazer entrevista ou visita a uma escola, se for o caso. Pra você ter maiores e melhores elementos pra você, no caso da gente, pra a gente dar o parecer social. Aí a gente tem que ver o caso. Mas geralmente é visita e entrevistas

Juliana explica as dificuldades relacionadas à quantidade de profissionais na equipe técnica para dar os pareceres em tempo hábil. O setor de serviço social, por exemplo, estava funcionando com duas profissionais a menos (um afastamento por motivo de saúde e uma aposentadoria), e não havia previsão de entrada de novas profissionais em nenhum dos setores: “não tá tendo mais concurso mais pra quase nada. O último concurso que teve nem teve ninguém pra aqui”.

Além de acompanhar os processos em andamento, a Vara funciona ainda com um atendimento em demanda aberta, recebendo e reorientando casos que muitas vezes não deveriam entrar através deste serviço, mas de outros como o Conselho Tutelar. Juliana refere que nos últimos anos, com a maior compreensão da população acerca das competências do conselho, esta demanda reduziu.

Enfrentamento da Violência

O enfrentamento da violência neste setor, assim como no Conselho Tutelar, tem a particularidade de estar entre os objetivos gerais de todos os serviços. Os três lidam com violações aos direitos das crianças de modo geral, com maior intensidade de foco sobre as violências propriamente ditas na DERCA. A Base e a 1ª VIJ lidam

cotidianamente, além de violências com outras formas de violação dos direitos das crianças.

Nesse sentido, foram observadas 3 principais ações relacionadas à violência contra crianças entre os serviços: prevenção, identificação e intervenção. A prevenção foi uma ação referida principalmente pelo comandante da Base, como parte da sua explicação do policiamento comunitário, com destaque à importância dos cursos oferecidos às crianças, nos quais os professores abordam outros temas

Aí ele [professor] também começa a divulgar a cultura da paz [...] é uma forma de trazer a comunidade aqui pra a base e trabalhar o futuro. As vezes as pessoas não entendem que esse é um trabalho preventivo, de médio a longo prazo. A gente não vai colher daqui pro final do ano, mas lá na frente nós vamos ter esse resultado aí, essas crianças serão os adolescentes que vão multiplicar a cultura da paz. E claro, melhorar a imagem da polícia. (Jairo, 39 anos)

Jairo destaca que há casos de mães que trabalham durante o dia e solicitam que seus filhos pré-adolescentes sejam inseridos no máximo de atividades possíveis na Base, para não ficarem sozinhos em casa ou na rua. Assim, une-se uma prevenção da violência comunitária, a uma prevenção pontual da negligência de crianças. Outra ação preventiva empreendida pela BCS é o Programa Educacional de Resistência às Drogas e Violência (PROERD), no qual uma policial capacitada (Janaína) visita escolas da região e faz atividades com crianças sobre drogas, cultura de paz e educação para o trânsito.

Não foram feitas referências a prevenção primária pela DERCA ou pela VIJ. Porém, a preocupação de Juliana com a necessidade de tentar todas alternativas possíveis com uma família antes de realizar um acolhimento institucional e/ou retornar a criança acolhida à família o quanto antes, podem ser compreendidas como formas de prevenção secundária. A profissional destaca que “acolhimento pra uma criança não traz benefícios. Além dessas questões que a gente sabe, psicológicas, enfim

dessa criança, tem a questão de que você acolher, você gera um processo. Pra você desacolher tem trâmites”. O cuidado da delegada em encaminhar vítimas para a rede de atendimento psicossocial, do mesmo modo, denota uma ação de prevenção secundária.

A identificação envolveu a concepção dos profissionais do que seria violência, além de considerações acerca da intencionalidade das ações, que influenciava até nas intervenções escolhidas. Na BCS, Jairo salientou as diferentes formas de violência às quais a criança poderia ser exposta no bairro, de acordo com a sua concepção, a falta de acesso a serviços e a exposição à violência comunitária poderiam ser entendidos como algumas delas: “A principal violência contra a criança é ela não estar na escola”; “eu acho que até o traficante passando armado na frente de uma criança é uma violência”. Destacou ainda a grande quantidade de mães usuárias de drogas que “usam o filho pra sustentar o vício”, exemplificando com o caso de uma mãe que explorava o trabalho do filho de 13 anos com recolhimento de lixo na vizinhança, agredindo-o quando este não levava dinheiro pra casa.

O comandante destacou ainda a importância das visitas feitas pelos policiais na identificação de casos, exemplificando com o caso de uma criança de 6 anos cujas necessidades de saúde estavam sendo negligenciadas pela família

Tinha uma determinada rua que tinha uma mãe que tem uns 7 filhos. E um dos filhos tem 6 anos de idade e tem problema de cárie nos dentes. E ele tá com problema de desnutrição, porque não consegue se alimentar, ele sente dor. [...] quem detectou o problema foi um policial, entendeu? E aí passou pra esse pastor, o pastor chegou, tentou junto com a universidade um tratamento, e conseguiu. Só que a mãe não levava o filho.

Juliana (40 anos) apontou como principais casos de violência identificados e atendidos na Vara são violência sexual e violência física grave: “alguns casos chega, assim, crianças queimadas, surra de marcar a criança, com a mão, o pé. Tem muita

agressão. Acho que seria abuso e agressão física”. A profissional destacou a diferença entre condutas violentas e negligentes recorrentes e situações de “desespero”. Neste sentido, esta percepção de intencionalidade do familiar agressor e possível arrependimento influencia na avaliação da equipe sobre o caso, conforme exemplifica

A mãe queimou a boca do menino, porque pegou o único pedaço de carne que tinha. Ele já tinha comido, ela já tinha botado o almoço dele, e tinha um outro pedaço de carne que seria pra um outro familiar. Aí ele foi, mexeu na panela e comeu. Ai essa mãe. Ela alegou, não tinha outra comida pra o outro familiar comer, ela se desesperou, e aí queimou ele. [...] Na época a gente atendeu essa mãe, a gente orientou a mãe... Existia a possibilidade dela realmente estar arrependida, porque ela disse que foi um momento de descontrole.

Para Jeane (44 anos), a importância da definição de violência reside na tipificação do fato e da sua intensidade, que vão constar no boletim de ocorrência e até mesmo auxiliar na decisão sobre se este será registrado:

A gente precisa saber o que aconteceu, até pra poder tipificar aquela conduta, pra compreender se realmente é um fato delituoso, porque pode ter sido um equívoco, às vezes não foi uma violência sexual, foi um contato, mas que não chegou a configurar uma violência sexual [...] a gente precisa saber em que grau foi que desenvolveu aquela ação, então essa escuta ela é importante no inquérito policial (Jeane, 44 anos)

Quanto às intervenções, Jairo (39 anos), salienta os limites do policiamento comunitário e o papel de cada órgão. Entendendo o papel da BCS mais como mediadora, e não como interventora nesses casos, o comandante costuma encaminhá-los para que o Conselho Tutelar tome as providências.

Na 1ª VIJ, Juliana (40 anos) refere-se à equipe técnica mais como avaliadora do que interventora, embora descreva brevemente algumas intervenções na forma de orientações à família e encaminhamentos, assim como regularização da situação de crianças que foram recolocadas com outros parentes. Cita o acesso à rede de serviços nos quais a família pode ser incluída para ser beneficiada por políticas públicas e

atendimentos que a tornem mais apta a receber a criança de volta (em caso de abrigamento).

Juliana (40 anos), destaca a redução do tempo de abrigamento como uma intervenção importante, fruto das constantes reavaliações da VIJ, subsidiada por relatórios das instituições de acolhimento. Esta revisão constante do caso, culmina em três desfechos possíveis: restituição da criança aos pais, transferência da guarda ou tutela para outro familiar ou disponibilização para adoção. A vantagem da legislação atual, de acordo com Juliana (40 anos), é a constante reavaliação e possibilidade de resolução mais rápida.

Assim, por lei, essa criança não deveria passar mais de dois anos num abrigo. Numa instituição. Não deveria passar. Mas a gente sabe que isso não acontece, porque assim, era pra estar, todas as políticas darem conta dessa família, pra poder ter a sua criança de volta. Mas a gente sabe que isso não acontece, né. Tem crianças aí que passam a vida toda em instituição. E aí com a mudança da lei, de 6 em 6 meses tem que ser reavaliado. [...] Então assim, a vara cobra da instituição os relatórios, né, de acompanhamento. (Juliana, 40 anos)

No campo das intervenções, a maior parte dos relatos é da delegada Jeane (44 anos). Diante da comunicação de um fato,

o primeiro momento é quando chega, que vai formalizar um registro , que recebe uma numeração sequenciada, que é o boletim de ocorrência. Esse primeiro momento, um investigador de polícia é orientado a conversar com o responsável legal da criança, para formalizar esse boletim de ocorrência. A criança, a necessidade dela falar e contar o que ela souber e lembrar do fato que aconteceu com ela é importante para que desenvolva a investigação. [...] [a escuta] é feita pelo delegado de polícia.

O poder da DERCA esbarra, porém, na não colaboração do representante da criança ou adolescente, que muitas vezes acompanha a criança no ato da comunicação da violência, mas não contribui para que o inquérito culmine em uma condenação do acusado. Neste sentido, Jeane (44 anos) refere que embora desde a primeira escuta já fiquem agendadas datas de retorno da família e escuta das testemunhas, muitas nunca retornam, e até mudam de endereço. Esta participação

do familiar é fundamental tanto no decorrer do inquérito quanto no acesso da criança a serviços de assistência social e saúde para os quais a delegacia encaminha para acompanhamento especializado.

A Rede Intersetorial

A comunicação entre os três serviços da segurança pública, justiça e direitos humanos aqui apresentados é rara ou nula. É necessário destacar que não há continuidade entre os órgãos aqui representados ou pela diversidade de objetos e objetivos ou pela não ocorrência de casos que liguem um serviço ao outro. A BCS, por assumir uma perspectiva mais preventiva, delega as situações onde é necessária intervenção ao Conselho Tutelar. Não foram relatados casos de crime contra a criança pela BCS, portanto, não houve comunicação com a DERCA.

A DERCA, por lidar especificamente com situações de crime, mantém maior comunicação com as Varas Especializadas Criminais da Infância e Juventude ou Juizados Especiais Criminais (a depender do potencial ofensivo do crime), tendo feito mínima referência à 1ª VIJ. A 1ª VIJ, do mesmo modo, lida com as medidas de proteção voltadas à criança, não referindo envolvimento de Bases de Segurança ou Delegacias neste processo. Tanto a delegada quanto a assistente social citaram o Ministério Público como uma das vias de chegada dos casos aos respectivos órgãos.

Os três serviços têm em comum na sua atuação a interação com o Conselho Tutelar. O comandante da BCS referiu o contato presencial com o conselho como ação preferencial em situações de violações de direitos e violências contra crianças, que trouxe frustrações na primeira tentativa: “a gente acionou o conselho tutelar e eles não foram. Tem um mês e meio”. Após o insucesso da intervenção, refizeram o contato via ofício e tiveram a demanda atendida.

Na DERCA, o contato com o Conselho Tutelar é de mão dupla: tanto o conselho conduz crianças e adolescentes até a delegacia quanto a delegacia encaminha casos ao conselho. A condução do menor pelo conselheiro é bem vista pela delegada, pois “muitas vezes ele vem como um representante daquela criança e faz aquela comunicação policial que dispensa até a presença de um parente dela”. A delegada considera o conselheiro tutelar um recurso importante na efetivação de medidas de proteção a crianças e adolescentes vítimas de violência, uma vez que pode empreender medidas de urgência, que poderiam ser mais demoradas se realizadas via VIJ

Um pedido a um juiz que determine certas medidas, inclusive de afastar aquela pessoa do lar, a pessoa que tiver agredindo aquela criança, isso pode demandar um tempo. Pode ser definido em uma semana ou em horas, mas a gente não sabe por quanto tempo vai ter essa definição. Enquanto isso essa criança precisa ser protegida, né, e precisa ser encaminhada a algum ou a família extensa, algum parente, ou, se não tiver, em último caso, talvez até em um abrigo, a fim de evitar uma outra violência [...] e o Conselho tutelar é que vai adotar essas providências. (Jeane, 44 anos)

A gente apresenta a criança ou o adolescente ao Conselho através de documento, e expõe a situação para que o Conselho decida, e aí o Conselho é que vai determinar o que é que vai ser feito, eles vão buscar os parentes, normalmente eles vão ver se tem uma avó, se tem uma tia, e fazer a entrega provisória aquele parente, e depois faz os encaminhamentos jurídicos (Jeane, 44 anos)

Apesar da confiança no Conselho Tutelar para efetivar a proteção a crianças e adolescentes, a delegada destaca as deficiências estruturais do serviço, e da rede como um todo. Estas deficiências de atendimento de conflitos menores, ocasionam a entrada na DERCA de casos que não seriam de competência da delegacia, atrasando a atenção aos casos de violência delituosa que “realmente precisam de investigação”.

Juliana (40 anos) salienta o Conselho Tutelar como primeira via de resolução de questões de violações de direitos de crianças e adolescentes, devendo “ver o que o caso realmente precisa” e “acionar a rede, pra dar uma resposta a essa demanda

dessa pessoa”. A Justiça deveria, neste caso, ser acionada, através do Ministério Público, apenas em caso de insucesso do Conselho e da Rede. A assistente social destaca uma baixa resolutividade do conselho tutelar, e um abuso da prerrogativa de acolhimento institucional em caráter de urgência

A institucionalização deveria ser a última medida, uma medida excepcional. Em último caso é que se deveria acolher uma criança. Então assim, o conselho tem que esgotar todas as possibilidades de todas as outras medidas, e a medida de acolhimento deveria ser a última. Algumas vezes isso não vem acontecendo. Assim, a gente ouve muito das instituições que é a primeira medida que é tomada. (Juliana, 40 anos)

Destaca que o conselheiro tutelar tem o poder de contatar a central de regulação de acolhimento e abrigar a criança emergencialmente, comunicando o Juiz posteriormente, para produção da guia de acolhimento por este. Porém, este deveria ser um procedimento a ser empregado preferencialmente através do Ministério Público, e apenas quando os recursos da rede, como programas de habitação e programas de tratamento a alcoolismo e abuso de drogas, não resolvem. Juliana (40 anos) atribui esta prática a uma tentativa de desresponsabilização destes profissionais

Que tem gente que acha às vezes, equivocadamente, que a partir do momento que a criança foi acolhida, e que gera uma guia e que tem processo aqui, a criança é exclusivamente um “problema” daqui da vara. [...] Então, se o conselho acompanhou, ele tem que estar acompanhando, tem que estar subsidiando também o juiz, tem que estar também cobrando.

Para além dos Conselhos Tutelares, cada um dos serviços estudados apresenta uma forma de interação também com os outros componentes da rede. O setor educacional é definido pelo comandante da BCS como o maior parceiro do policiamento comunitário, tendo sido as escolas as primeiras instituições com as quais foi feito contato no ato da implantação da Base. Foi também com as escolas que foi realizada uma das ações mais elogiadas da BCS: o Programa educacional de Resistência às Drogas (PROERD). Trata-se de um programa no qual policiais com

nível superior e especificamente capacitados desenvolvem atividades de prevenção ao uso de drogas e violência em escolas. A atividade foi iniciada na Creche Municipal da Nova Nigéria no semestre final da pesquisa, e estava em processo de expansão para outras 2 escolas municipais e para a escola comunitária do bairro.

Os outros órgãos fizeram referências mais pontuais às escolas. Para a 1ª VIJ, trata-se de um local relevante a ser visitado durante a avaliação e algumas famílias. Para a DERCA, as escolas são um serviço com grande potencial de identificação de situações de violência, porém seus profissionais são pouco dispostos a formalizar notificações, por “receio de sofrerem uma violência” (Jeane, 44 anos).

Já no setor saúde, a delegada reconhece uma prática mais estabelecida de notificação, especialmente por parte dos hospitais, confirmando o que foi observado pelas conselheiras tutelares.

Então, serviços de saúde, eles tem aumentado nos últimos dois anos o número de notificações, antes a gente percebia assim também de uma forma tímida essas notificações, mas eles tem colaborado com essa notícias, principalmente quando são adolescentes de doze, treze anos, que se apresentam gestantes. Então precisa que a gente verifique essa situação porque pode ter configurado um crime de estupro de vulnerável, [...] como também aquelas questões que dá indícios de maus tratos, às vezes tem fraturas, tem lesões, e eles tem notificado (Jeane, 44 anos)

A 1ª VIJ refere pouca interação com o setor saúde, que se limita às maternidades que entram em contato quando parturientes desejam entregar seus bebês para adoção. A BCS, do mesmo modo, refere interações limitadas às reuniões realizadas na base e algumas poucas ocasiões em que foi necessária uma intermediação da BCS para facilitar o acesso de um morador a consultas médicas.

Quanto à Sociedade Civil Organizada, não houve referência pela delegada, e houve referência apenas superficial pelo comandante, que afirmou ter convidado as ONGs da região para reuniões realizadas. A representante da 1ª VIJ descreveu sua

relação constante com as Instituições de Acolhimento conveniadas à prefeitura, onde são colocadas, em último caso, as crianças retiradas do convívio familiar

Aqui em Salvador existe a central de regulação [...] Na verdade, o acolhimento é uma política, e o município tem que estar gerindo isso. Então assim, as vagas, quem tem que dizer os lugares é o município. Então assim, o conselho solicita a central a vaga, a central que tem toda a questão do convênio com as instituições, é que vai ver qual é a melhor instituição pra a aquele perfil daquela criança e encaminhar. (Juliana, 40 anos)

A partir deste encaminhamento, há uma série de trocas entre a 1ª VIJ e as instituições de acolhimento, no atendimento às necessidades sociais e de saúde das crianças acolhidas, na avaliação e reaproximação da família com a criança e na reavaliação semestral do caso, quando a Unidade de Acolhimento deve enviar um relatório para a Vara sobre a criança. Juliana descreveu uma iniciativa de aprimoramento da comunicação com as Unidades de Acolhimento, que foi a prática de reuniões temáticas mensais.

A gente fez um trabalho com as unidades de acolhimento, e isso ajudou muito, assim, essa aproximação da Vara com as unidades. Então a gente vem há uns dois anos, se reunindo mensalmente com os técnicos, e aí a gente troca um pouco, pra entender o papel da gente. Como é que é a Vara, como é que funciona, o que é que cada órgão faz. [...] Então assim, teve vários temas que foram discutidos, da gente trazer alguém, ou eles mesmo, quem tinha o domínio na equipe provocava essa discussão, intermediava essa discussão. (Juliana, 40 anos)

Destaca, porém, que ocorreu durante os anos de 2014 e 2015 e ainda não havia acontecido em 2016 até o final do primeiro semestre, devido principalmente à redução do quadro de profissionais da Vara.

Em se tratando da assistência social, Jeane (44 anos) relatou fazer encaminhamentos para o CREAS, quando identificada uma demanda psicossocial da criança que sofreu violência não sexual (os casos de violência sexual são

encaminhados para o Serviço Viver). Na BCS, o CRAS foi referido como um convidado frequente das reuniões.

No que se refere à intersectorialidade de um modo geral, é necessário destacar as ações da BCS, e até mesmo as suas origens. Conforme descreve Jairo (39 anos), as BCSs surgiram no contexto do programa estadual *Pacto Pela Vida*, que une as secretarias de Educação, Trabalho, Emprego, Renda e Esporte, Cultura, Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza, Saúde, Promoção da Igualdade Racial, Políticas para as Mulheres, Justiça, Cidadania e Direitos Humanos, Segurança Pública e Administração Penitenciária e Ressocialização do Estado da Bahia, num esforço de promoção da paz social (BAHIA, 2011). O comandante destaca, por um lado, o não envolvimento das secretarias municipais, percebidas como as mais necessárias: “o município é o principal parceiro do *Pacto Pela Vida*, porque a maioria dos problemas aqui não é do estado, é do município. Então, eu não vejo essa presença do município no *Pacto Pela Vida*”. Por outro lado salienta a passividade das secretarias já envolvidas no programa

Tem uma semana, eu fui na reunião da câmara setorial do *Pacto Pela Vida*, e tava lá o secretário de justiça... perguntaram “por que as coisas não estão acontecendo?”. Não está acontecendo porque eles estão sendo burocratas. Eles ficam lá no escritório, tem que vir aqui na comunidade, ouvir, sentir. Que a comunidade quer falar, quer ser ouvida. A comunidade, ela não consegue perceber ações do pacto pela vida. Ela acha até que não existe. Mas digo “ó, de existir ela existe, porque se a base comunitária tá aqui, é uma ação do pacto pela vida”. Agora as outras secretarias deveriam vir com ações mais pontuais, né. Com ações pontuais, com ações permanentes. [...] tem um submundo que o estado não chega (Jairo, 39 anos)

Apesar da não participação formal das secretarias municipais, a BCS busca ativamente interação com os serviços ligados ao município na sua área de abrangência, mantendo comunicação constante com as escolas e pontual com as USFs, o Conselho Tutelar e o CRAS. Jairo exemplifica esta interação com uma reunião realizada 8 meses antes da entrevista no bairro contíguo à Nova Nigéria, para

a qual foram convidados gestores de escolas, CRAS, Defensoria Pública e Ministério Público, com o objetivo de “trazer os órgãos públicos pra vir pra cá conhecer os problemas. E mostrar a comunidade quais são os projetos desses órgãos”.

Juliana (40 anos), tratando de articulações em geral, afirma que a rede de atendimento a crianças e adolescentes existe e é ampla, porém “sempre tem furos”, de modo que fazê-la funcionar é sempre um desafio. Destaca que as solicitações da VIJ aos serviços da rede são em geral atendidas: quando a gente acessa, talvez até pela questão de ser justiça, a gente sempre tem um retorno”. Porém, esbarram em dificuldades que a assistente social atribui às políticas públicas:

Saúde, por exemplo, tem meninos nas instituições que precisam de avaliação de médicos específicos, aí tem uma certa dificuldade, porque na rede não tem. Mas isso aí não é uma coisa que é uma dificuldade porque a gente não consegue dialogar com a rede. É uma dificuldade da política de saúde, que não dá conta (Juliana, 40 anos)

Uma articulação bem sucedida na qual a VIJ está envolvida, de acordo com Juliana, é o Comitê de Proteção da Criança e do Adolescente para Grandes Eventos, que foi iniciado na Copa do Mundo de 2014 e repetido nos Carnavais de 2015 e 2016 e nas Olimpíadas de 2016, de acordo com Juliana (40 anos). O Comitê consistiu num diálogo entre as instituições de proteção, e originou um esquema de plantão integrado nos grandes eventos, com os conselhos tutelares, a secretaria de promoção social, a defensoria pública e a VIJ, com alimentação do Observatório de Violações de Direitos de Crianças e Adolescentes em Grandes Eventos.

7.3 SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO

A Nova Nigéria está inserida numa região administrativa que conta com cerca de 40 escolas municipais e 20 estaduais. Na seleção de quais escolas incluir na pesquisa, foram considerados os critérios de referência à escola pelos entrevistados,

proximidade do bairro e atendimento à educação infantil (2 a 5 anos) e/ou primeiro ciclo do ensino fundamental (6 a 10 anos). A partir das entrevistas com as famílias e com componentes da rede, o Setor Educacional pode ser representado na Nova Nigéria por uma creche municipal, uma escola comunitária e 3 escolas municipais. Todas as escolas foram representadas por membros da gestão: Paula (48 anos) representando a Escola Comunitária; Poliana (37 anos) a Escola Municipal A; Patrícia (50 anos) a Escola Municipal B; e Priscila (55 anos) a Escola Municipal C; e Pérola (31 anos) a Creche.

Caracterização dos serviços

A Escola Comunitária funciona na mesma região central do bairro onde se localizam a Unidade de Saúde da Família e a Base Comunitária de Segurança. Recebe crianças do próprio bairro e de regiões circunvizinhas. Oferece duas turmas de educação infantil e três turmas do ensino fundamental (uma do primeiro ano, uma que une o segundo e o terceiro anos, e uma que une o quarto e o quinto anos), totalizando cerca de 140 alunos. Foi criada há cerca de 30 anos por um coletivo de jovens do bairro que queria “uma escola diferente”, onde além de contar com professores da região, com uma realidade mais próxima dos alunos, fosse

Uma escola onde o aluno pudesse vir de acordo com o que os pais pudessem mandar o menino vir pra escola, sem exigência de fardamento, de material didático, essas coisas, e essa escola foi feita em regime de mutirão, pelos moradores nos finais de semana (Paula, 48 anos)

Foi administrada nos seus 20 anos iniciais por uma Associação, responsável pela captação e emprego dos recursos. Nos últimos anos de sua gestão, segundo Paula (48 anos), a associação não estava tendo condições de continuar seu trabalho, com perda de múltiplos projetos, desorganização e atrasos no pagamento das

funcionárias. Diante destes problemas, há 10 anos professoras antigas formaram uma nova associação para administrar a escola, da qual a diretora também é presidente.

É financiada através de parcerias com o município e com uma instituição filantrópica da área da saúde. O município faz repasses de verbas voltadas para a educação infantil e a instituição filantrópica financia metade da carga horária das professoras na escola, além de colaborar com outras atividades. Outras instituições da sociedade civil organizada colaboram de forma pontual, com doação de mobiliário e material didático, formação continuada e eventualmente viagens de intercâmbio das educadoras. Tais colaborações têm reduzido ao longo da história da escola, mas continuam sendo uma parte importante do seu sustento. Não há nenhum tipo de pagamento por parte das famílias, embora estas sejam solicitadas a comprar material didático quando este não é disponibilizado para a escola.

Os recursos humanos, da mesma forma que os materiais, foram reduzindo ao longo da existência da escola, que à época da pesquisa contava com apenas 5 professoras. Conforme explicita Paula (48 anos), os recursos advindos de projetos, assim como o número de profissionais voluntários eram maiores no início da história da Escola Comunitária

Aqui na escola faltando porteiro, falta pessoa na secretaria, tinha que ter mais pessoas, que esse trabalho é cansativo e requer muito tempo, então a gente poderia ter mais, a gente já teve. Quando a escola era mantida pela Associação [administradora anterior], aqui já chegou a ter vinte e uma pessoas trabalhando. Também, era o novo na época, então as pessoas tinham mais interesse, não visava só o dinheiro, mas hoje é muito difícil você encontrar voluntário pra fazer as coisas. (Paula, 48 anos)

O status de Escola Comunitária, segundo Paula (48 anos), traz vantagens e desvantagens. Por um lado, considera positiva a autonomia da escola em relação ao município, com liberdade no seu funcionamento, sem obrigação de “rezar a cartilha

deles”. Por outro, especialmente diante da falta de projetos que financiem recursos humanos, o apoio do município é considerado oportunista e insuficiente: “ele só quer a nossa escola pra eles, mas não quer assumir a escola mantendo o quadro que está aqui e podendo até trazer mais pessoas”.

A Escola Municipal A é um espaço amplo, cercado de prédios de classe média-alta nas proximidades da Nova Nigéria. Conforme pontua Poliana (37 anos), cerca de 85% das crianças ali matriculadas são do bairro. A escola atende alunos do grupo 4 da educação infantil ao quinto ano do ensino fundamental nos turnos matutino e vespertino, além de estar incluída no *Programa Mais Educação*, que oferece ensino integral. Atende cerca de 210 alunos.

Foi fundada no início dos anos 1980, por um grupo de senhoras esposas de membros de uma organização internacional. Na segunda metade da mesma década, de acordo com a entrevistada, a escola passou a ser municipal, porém ainda conveniada com o grupo, que subsidiou recentemente a construção de uma sala de arte e uma biblioteca.

A escola foi referida pelas famílias entrevistadas como uma das melhores escolas do entorno, principalmente no atendimento de crianças com transtornos mentais ou dificuldades de aprendizagem. Desde 1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (9.394/96) determina a inclusão escolar de todas as crianças, preferencialmente na rede regular de ensino. Nem todas as escolas regulares, porém, estão preparadas para tanto. Conforme explicita Poliana (37 anos)

Porque assim, todas as escolas, é lei, todas as escolas devem atender as crianças com deficiência no ensino regular. Então a nossa escola atende o que a legislação, né, manda. Então... Nós fomos acolhendo, acertando, errando, né. Assim, é um processo que a gente vem crescendo com relação a isso.

A diretora destaca que, diante do esforço de adaptação, ocorreu um processo de reconhecimento da escola como “referência” em educação inclusiva para famílias, outros serviços da rede e para a própria Secretaria Municipal de Educação: “a gente recebe porque alguns dos pais vão informando a outros pais, e aí... tem virado, né... a própria secretaria tem indicado”. A escola conta ainda com uma sala de Atendimento Educacional Especializado (AEE), na qual as crianças com deficiência recebem apoio de professores especializados no contraturno escolar. Conforme esclarece a gestora, este serviço não se limita às crianças matriculadas na Escola Municipal A:

Na verdade, as famílias procuram a escola, a gente na verdade já orienta as outras escolas do entorno. As professoras da sala do AEE já fizeram visitas nas escolas do entorno. Informando a direção. Então, a orientação é essa, no contraturno da escola eles possam ser atendidos aqui também. Pra não ficar assim, todos os alunos matriculados aqui na escola no turno regular... porque acaba não sendo inclusão, né.

A Escola Municipal B está localizada em um bairro contíguo ao bairro estudado. Conforme relata a gestora Patrícia (50 anos), a escola tem 50 anos de existência, e uma história difícil de resgatar, baseada principalmente na memória dos moradores, que referem ter havido a doação de um terreno para a construção da primeira escola da localidade, que era um sítio na época.

Atende a educação infantil (grupos 2 a 5) e o primeiro ano do ensino fundamental, nos turnos matutino e vespertino, totalizando cerca de 190 alunos. As crianças são principalmente moradoras do próprio bairro onde está localizada a escola e da Nova Nigéria.

Conta com 13 professores, entre pedagogos e especialistas (educação física, música e inglês). Questionada sobre inclusão, Priscila (50 anos) refere que a escola conta com poucas crianças que precisam de “um olhar mais cauteloso do professor”,

não contando, portanto com turmas de acompanhamento educacional especializado (AEE).

Patrícia (50 anos) destaca como um dos diferenciais da escola a participação dos pais, referindo-se a eles como “parceiros”, e argumentando que “uma gestão que não entenda que a comunidade tem que ser sua parceira vai morrer sozinha”. Os dados de observação confirmam os relatos da gestora, pois na primeira visita à escola, numa quarta-feira pela manhã, havia acabado de acontecer uma reunião com os pais e muitos destes ainda se encontravam no local.

A Escola Municipal C, assim como a Escola Municipal B, está localizada em um bairro popular contíguo ao estudado. Funciona em um pequeno imóvel, com 5 salas de aula. Conforme refere a gestora Priscila (55 anos), a escola oferece aulas para o 2º ao 5º ano do ensino fundamental no matutino e no vespertino, além de Educação de Jovens e Adultos à noite, totalizando cerca de 300 alunos.

Tem 30 anos de existência, tendo funcionado a princípio com apenas 2 salas. Inicialmente a escola fazia parte da rede estadual e foi municipalizada nos anos 90. A ocupação do novo espaço ocorreu durante o processo de municipalização, e foi resultado de luta da comunidade, conforme refere Priscila (55 anos)

Esse espaço aqui, na década de 90 funcionava uma creche. Foi desativada, e aí a escola municipal, como estava municipalizando, ocupou esse espaço. Porque foi fruto da luta do grupo de mulheres do [nome do bairro] e da associação naquela época. [...]de 2 salas, nós temos hoje 5 salas. Mas toda ela estruturada pra educação infantil, pré-escola. Mas diante de você não ter nada, é preferível você assegurar, né, o funcionamento aqui. (Priscila, 55 anos)

A escola conta com 20 professores, entre os formados em pedagogia e os de outras especialidades (espanhol, inglês, teatro, música). Não conta com auxiliar de sala de aula nem turma de atendimento especializado, embora Priscila (55 anos) refira que estas são pautas de reivindicação junto à secretaria.

A Escola Municipal C apresenta algumas peculiaridades em relação às outras escolas, como a origem da gestora entrevistada e o forte conteúdo de empoderamento negro nas suas falas. Priscila (55 anos) nasceu e foi criada no bairro onde funciona a escola, e ainda mora lá. Considera seu trabalho na localidade como uma forma de devolução:

é um processo de devolução pra o que o [nome do bairro] provocou em mim. Principalmente a partir do grupo de mulheres, do grupo de jovens que eu participei. Da associação de moradores. Então o compromisso é esse, né. Devolver ao povo que fez a minha formação, o que eu me apropriei, na forma de educadora. (Priscila, 55 anos)

Quanto ao empoderamento negro, destaca que, apesar da Lei 10.639/2003, que inclui a temática da História e Cultura Afro-Brasileira no currículo, a abordagem em sala de aula ainda é pouco expressiva, sendo necessário “provocar” os professores para que a realizem. Refere ainda a raça como temática transversal de atividades dos estagiários na escola e principalmente das suas interações com alunos, nas quais considera importante:

Dizer pra essa menina o tempo todo que o professor de educação física é um rastafári, o estagiário é um rastafári, que eram pra estar mortos e não estão mortos, né, estão voltando. Eu voltei, né. E tantas outras pessoas. Só pra dizer pras crianças que resistam, porque antes da gente muitos resistiram. (Priscila, 55 anos)

Assim como nas outras escolas, estão incluídos na Escola Municipal C alguns alunos com necessidades especiais, porém sem turmas de atendimento educacional especializado (AEE). Questionada sobre a possibilidade dos alunos serem atendidos em turmas de AEE de outras escolas, Priscila (55 anos) referiu não saber, sugerindo que o acolhimento solidário entre escolas talvez não seja tão intenso quanto Poliana (37 anos) sugeriu.

A Creche funciona na mesma região do bairro onde estão a USF, a Base Comunitária de Segurança, a Biblioteca e a Escola Comunitária. Atende cerca de 100 crianças de 1 a 4 anos, em período integral, das 7:30 às 16:30 horas. Conta com cerca

de 30 profissionais, entre gestoras, professoras, auxiliares de desenvolvimento infantil (ADIs), pessoal administrativo, de segurança, limpeza e cozinha.

Foi fundada há cerca de 30 anos, como um estabelecimento estadual. Há cerca de 7 anos, foi municipalizada, o que acarretou outras duas mudanças relevantes na equipe e na forma de ingresso das crianças. A transformação na equipe foi a inclusão dos profissionais de pedagogia, conforme explica Pérola: “aqui, na época que era do estado, não tinham professores pedagogos. As crianças ficavam com os cuidadores, né, que são as ADIs [profissionais de nível médio]”. Quanto à forma de ingresso, Pérola refere a mudança de fila física para sorteio eletrônico: “Antigamente ficavam as filas, né. As pessoas chegavam aqui muito cedo, pra poder garantir uma vaga. Agora não, é eletronicamente, né, no sistema o sorteio”.

Enfrentamento da violência

Nas práticas de enfrentamento da violência empreendidas pelas diferentes escolas participantes, destacam-se diversos aspectos, tais como definição de violência e identificação de casos, estratégias preventivas e intervenções. A definição deu margem a um amplo leque de atitudes, comportamentos e condições raciais, sociais e econômicas, interpretadas pelas educadoras como formas de violência. Estas diversas definições, por sua vez, pautavam critérios de identificação de casos e intervenção sobre estes.

Especialmente nas Escolas B e C, houve uma compreensão da violência de pais contra filhos como expressão das desigualdades raciais, sociais e de gênero, que frustram as famílias e as impelem a silenciar as crianças. Priscila (55 anos) utiliza o termo “subtração” para se referir às barreiras de acesso a direitos impostas às famílias do bairro, citando como exemplo a pouca disponibilidade de serviços neurológicos

É algo muito sério, que no futuro... principalmente agora com a microcefalia, né. Que daqui a 3 anos, como é que essas crianças vão ser inseridas dentro da escola? Se a gente vai conversar sobre violência, uma das violências já é essa, né: subtração de direitos de assistência. (Priscila, 55 anos)

A mesma diretora observa que entender a violência dentro de um contexto significa ter atenção à população de mulheres chefes de família e desempregadas, e a grande maioria negra no bairro: “famílias negras que sofreram violências com subtrações acaba, né, tendo seus psique, em alguns momentos violentados, e acabam violentando”. Patrícia (50 anos) destaca os estereótipos de famílias negras como violentas, e como estes também violentam a população. Esta diretora chegou a admitir que foi resistente em participar da pesquisa, pelo medo de perpetuar tais estereótipos, e buscou desconstruí-los a todo momento:

O que é que você vai dizer depois? Porque a psicologia, entendeu, já contribuiu muito com o olhar estereotipado das famílias negras, e de forma negativa. [...] Mas a gente tá precisando buscar um outro olhar teórico, entendeu, da psicologia, pra dizer que essa família negra, ela tem afeto, ela tem amor, ela não só tem violência doméstica. Ela também tem amor, ela também tem afetividade. (Patrícia, 55 anos)

As diretoras das três escolas municipais fazem referência ainda a práticas violentas consideradas menos graves, empreendidas pelas famílias em tentativas de educar seus filhos. “Tapinhas” e “beliscões”, são consideradas ações reprováveis, que demandam uma orientação à família sobre a importância do diálogo. Priscila (55 anos) salienta o uso de tais práticas pelos pais inclusive no contexto da educação formal, com o uso dos mesmos tapas e beliscões – ou a ameaça deles – para constranger as crianças a fazerem tarefas escolares.

Na Creche são destacadas ainda outras formas de violação de direitos das crianças, como a negligência e a exposição destas a músicas e palavreado inadequado, repetido por elas no espaço escolar. Para Pérola (31 anos), os limites de responsabilidade do espaço escolar dificultam intervenções:

Tem essa questão do meio em que a criança vive, que acaba interferindo, né. Se a criança vive num meio familiar onde ela só ouve palavrão, ela automaticamente vai reproduzir [...] aqui dentro da escola é o nosso mundo aqui, do portão pra fora, a responsabilidade é dos pais. Do portão pra fora, o que elas ouvem, ou meio em que vivem, né, infelizmente é uma coisa que a gente já não tem esse controle

Uma categoria que perpassou todos os discursos, embora referida como um tipo pouco comum de ocorrência, foi a “violência de Conselho Tutelar”. As educadoras utilizavam este termo e seus similares para se referirem a quadros de negligência ou violência física que deixam marcas e ameaçam de forma imediata a integridade física da criança, para os quais a única alternativa seria comunicar ao Conselho Tutelar.

Esta definição traz consigo dois aspectos relevantes: a confirmação sutil de que há formas de violência toleráveis (que não são “de Conselho Tutelar”) e o medo de responsabilização das educadoras caso elas negligenciem o risco às crianças e não denunciem. Conforme refere Paula (48 anos): “a escola tem que saber direitinho pra não ser cúmplice de que a criança está sendo maltratada e a gente não tomou nenhuma providência”.

Especificamente na Escola Municipal A, onde há um número maior de crianças com necessidades especiais, remonta à relação observada nas entrevistas das famílias Viana e Dias entre transtornos mentais/deficiências e vitimização de crianças por familiares. Dos três casos de “violência de Conselho Tutelar” investigados referidos por Poliana (37 anos), dois envolviam crianças com tais características, conforme exemplifica o relato a seguir

A criança com deficiência intelectual era atendida aqui no AEE. [...] vinha pra escola com mau cheiro, com a roupa bem suja. E aí chamamos a mãe algumas vezes, e no decorrer do ano, a gente percebeu que a mãe também, assim, parecia que estava se envolvendo com drogas, emagreceu muito... Até a relação dela com a escola não passou a ser mais a mesma, né. A forma de falar. Ela não era agressiva, mas tipo [dizia] “ah, ele já é grande, ele pode se virar”

Quanto às estratégias de prevenção da violência, as referidas pelas educadoras nem sempre estavam voltadas para a agressão de adultos contra crianças, mas tinham uma orientação mais geral. Destacam-se quatro delas: leituras temáticas sobre gentileza e habilidades sociais e “Caminhada da Paz” na Escola Municipal A; atividade sobre gênero, raça e violência na Escola Municipal C; e palestras com Conselheiros Tutelares nas escolas A e B.

A proposta de leitura temática na Escola Municipal A surgiu da observação das educadoras de que as relações entre as crianças estavam agressivas e conflituosas, demandando atividades que “tenham relação com gentileza, cidadania e o cuidado com o outro”, conforme destaca Poliana (37 anos). A equipe decidiu se utilizar da prática de leitura de histórias no pátio, já estabelecida na escola, para incluir livros com tais temáticas. Outra estratégia da mesma escola é a Caminhada da Paz, que propõe reflexões com as crianças sobre “a questão da paz, da não violência” ao longo do semestre e culmina em uma caminhada de uma praça num bairro contíguo até o largo central da Nova Nigéria.

A atividade sobre gênero, raça e violência surgiu da prática de Priscila (55 anos) de atribuir aos estagiários de pedagogia a função de desenvolver oficinas temáticas. Nesse sentido, valeu-se do ativismo e da inclinação artística de um estagiário para propor uma oficina sobre gênero e raça:

Ele (estagiário) é um negro, 29 anos, rastafári. E como ele é ativista do movimento, né, de poetas, de resistência do hip hop, aí ele tá estagiando aqui. O ponto de partida da conversa com ele foi “ô, seu estágio vai na linha da discussão de gênero com raça, e você vai pensar com os meninos a questão da violência e provocar neles o repensar do que é masculinidade, que tipo de homem vai ser com a mãe, com a mulher, com a namorada, seja lá com quem for”

A forma mais específica de prevenção contra a violência identificada entre as escolas foi a aliança com o Conselho Tutelar em palestras direcionadas aos pais. Na

Escola Municipal B, esta prática teve início cerca de 10 anos antes do período da pesquisa, conforme refere Patrícia (50 anos):

Quando eu cheguei aqui, em 2006, 2007 [...] A gente observava essa relação mais agressiva, o Conselho vinha e atuava, e fazia palestra, e dizia o que poderia acontecer com a família, entendeu, se agredisse uma criança. Que tinha o Estatuto da Criança e do Adolescente. E aí eu acho que essas contribuições que nós tivemos ao longo desse processo, ao longo desse tempo, faz com que hoje essa comunidade, a escola, pais, tenha esse olhar mais cuidadoso com seu filho

Segundo a diretora, os resultados dessas palestras podem ser vistos na comunidade até os dias atuais, de modo que na sua percepção as práticas parentais na comunidade mudaram permanentemente. O mesmo é realizado na escola Municipal A, onde Poliana (37 anos) tem os conselheiros tutelares como parceiros e busca aproximá-los dos pais nas reuniões. Destaca-se porém, que esta relação com os conselheiros não se refere aos profissionais do conselho estudado nesta pesquisa, mas aos de outro conselho, ao qual a escola está adscrita.

A despeito das tentativas de prevenção, algumas das formas de violência discutidas anteriormente são identificadas no cotidiano da escola, e incitam as gestoras a realizarem intervenções e encaminhamentos. Conforme referido anteriormente, a forma mais comum é o uso de tapas e beliscões pelos pais. Estes raramente ocorrem na presença das profissionais de educação, porém elas referem que identificam seus efeitos no comportamento das crianças, ou mesmo em relatos: “até pela própria reação da criança em lidar com situações com os próprios colegas, a gente vê que pode ser que a família, quando quer resolver alguma situação com a criança queira resolver batendo, né” (Poliana, 37 anos).

Quanto às intervenções, as gestoras entrevistadas afirmam que nesses casos realizam orientações das famílias, condenando a prática de castigos físicos e destacando “a importância do diálogo”. Além do estímulo à conversa, não foram

detalhadas pelas entrevistadas outras estratégias educativas levantadas junto aos pais.

No escopo de violências entre os “tapas e beliscões” e a “violência de Conselho Tutelar”, tem destaque a atenção e investigação das professoras sobre os casos. As gestoras da Escola Comunitária, das Escolas Municipais A e B e da Creche afirmam que todas as profissionais estão orientadas a observar marcas ou mudanças de comportamento nas crianças. Salienta-se a realização de visitas domiciliares pela equipe da Escola Comunitária, como forma de investigar suspeitas de negligência e abuso físico parental, conforme relata Paula (48 anos): “se o menino chegar machucado a gente tem que saber o que foi aquilo, a mãe, a família, o pai, tem que vir dizer a gente o que foi, ou então a gente vai lá na casa perguntar”.

Pérola (31 anos) destaca que a prática de busca de marcas em crianças e sinalização destas para os pais, além de identificar possíveis abusos é usada na Creche como forma de proteção dos profissionais contra acusações das famílias:

Quando a gente percebe algo diferente, a gente automaticamente chama a família. Pra saber “ó, seu filho chegou com uma marquinha, o que foi que aconteceu?”. Pra que também a família não pense que foi um mau trato aqui na escola

A mesma coordenadora salienta que a abordagem de questionar os pais tem funcionado, de modo que não houve na escola casos identificados de violência física contra crianças:

Mas assim, a gente sempre procura dar um voto de confiança pra a família. Agora claro que se a gente perceber que é uma coisa que já está acontecendo repetidas vezes, ai a gente já precisa tomar uma outra postura. Mas graças a Deus, na maioria das vezes, assim, nunca teve nada grave, da criança chegar de uma forma.... porque se chegar, a gente tem que ter uma postura, né, não pode fingir que não está vendo. (Pérola, 31 anos)

Quando a violência é percebida como grave, “de Conselho Tutelar”, entra em discussão a questão da denúncia. As experiências relatadas pelas entrevistadas

revelam três abordagens principais: omissão defensiva; denúncia anônima; e notificação ao Conselho Tutelar.

A omissão defensiva foi observada em apenas um relato, no qual Priscila (55 anos) traz a história de um menino do quinto ano que chegou à escola com “marcas pesadas” de socos recebidos pelo pai. Apesar de ter identificado o caso como grave e “de Conselho Tutelar”, foi realizada apenas escuta e acolhimento da criança, sem intervenção junto ao pai, pois era considerada arriscada. A gestora argumentou ainda estar atendendo ao desejo da criança:

Na mesma hora que eles conversam com a gente denunciando, ao mesmo tempo eles dizem ‘não faça nada com meu pai’ [...] Porque queira ou não, eles já tiveram acesso, né. Que hoje já existe uma lei que ampara, e quem faz a violência vai sofrer pena. Mas ao mesmo tempo eles ficam preocupados com essa relação do vínculo afetivo, né. Aí a gente vai buscando conversar.

A denúncia anônima como resposta à violência foi referida pela gestora da Escola Municipal B, diante de um caso em que marcas em dois irmãos e informações de vizinhos confirmavam a ocorrência de violência no domicílio. Após discutir com a equipe, foi decidido acionar a Base Comunitária de Segurança anonimamente. Segundo a diretora, a primeira opção teria sido o Conselho Tutelar, porém o contato telefônico não foi bem-sucedido e a urgência da situação as fez buscar a Base Comunitária de Segurança. Conforme refere Patrícia (50 anos), a intervenção foi cuidadosa e eficaz

Aí a mãe foi levada, à delegacia de criança e adolescentes. Mas até hoje ela não sabe que fomos nós que ligamos pra UPP [Unidade de Polícia Pacificadora, utilizando a denominação de serviço similar do Rio de Janeiro para se referir à Base Comunitária de Segurança] pra tomar uma providência. [...] Vieram tenentes mulheres, pra estar olhando, pra acompanhar, e depois fizeram a devolutiva pra a escola: “olhe pró, a gente encaminhou, está tudo direitinho. Ela vai depor, está assim, não vai ser presa, nada disso não, mas a gente... mas assustou ela nesse seguinte aspecto, assim”. E a coisa se solucionou.

A única gestora que referiu ter realizado notificação formal e identificada de situações de violência ao Conselho Tutelar foi Poliana (37 anos), diretora da Escola Municipal A. A educadora afirma que após uma primeira abordagem de orientação com a família, caso as agressões ou negligência continuem, o Conselho é acionado. O envolvimento do Conselho Tutelar nos casos é conflituoso e envolve riscos, como a transferência da criança para outra escola e até ameaças dos agressores, conforme relata Poliana (37 anos): “A mãe foi convocada pro conselho. E depois dessa convocação, a mãe veio na escola, me ameaçou, disse que ia lascar minha cara”.

O risco de sofrer represálias também foi observado por Priscila e Patrícia, que consideram que o bairro onde as escolas B e C estão localizadas limita sua sensação de segurança, motivo pelo qual em nenhuma das duas escolas houve relato de denúncia formal de violências. Conforme refere Priscila:

Hoje você tem conselho tutelar, você tem uma série de coisas, né. Mas não tem nada que te de amparo e segurança. Eu vou ser super sincera. Quando acontece, a gente tenta conversar com a criança, tenta se aproximar um pouco da família, mas com um certo limite muito grande. [...] a configuração do território nesse momento tem mudado muito.

Diante desse risco, estratégias alternativas são empreendidas, como a denúncia anônima previamente referida e a inclusão das famílias em outros recursos da comunidade. Priscila refere contar com parceria importante do grupo de mulheres da comunidade e da Ong B, para a realização de intervenção indiretas, chamadas pela educadora de “fazer repensar”.

A Rede Intersetorial

No que tange à relação com outras instituições e serviços, alguns aspectos apresentados até aqui demonstram diversas maneiras formais e informais de contato, variando principalmente de acordo com a localização das escolas. Destaque é dado

às Escolas Municipais B e C, localizadas no mesmo bairro, que mantém intensa relação uma com a outra, assim como com outros recursos da comunidade.

Afora as interações referidas entre as Escolas B e C e a Escola Comunitária e a Creche, a relação entre as escolas que fizeram parte da pesquisa é bastante frágil. Apesar da proximidade física, não há aproximações escolares inter-bairros: as entrevistadas das escolas do bairro contíguo (B e C) e as da Nova Nigéria (Comunitária e Creche) não relataram nenhuma interação umas com as outras.

A Escola Municipal A é citada como parceira apenas pela Escola Comunitária e pela Creche. Necessário destacar que esta escola é a única entre as visitadas que oferece Atendimento Educacional Especializado (AEE), turma de acompanhamento de alunos com necessidades especiais no contraturno das aulas regulares. De acordo com Poliana, as salas de AEE são abertas à participação de outros estudantes, e houve visitas de representantes da Escola Municipal A a outras escolas do entorno, informando acerca dessa disponibilidade. As gestoras entrevistadas nas Escolas Municipais B e C e na Creche, porém, não tinham conhecimento do serviço.

A relação das escolas com o Conselho Tutelar é frequente, porém não necessariamente associada a violência, mas a abandono escolar e questões de guarda de crianças. Afora os casos previamente referidos de contatos com o Conselho Tutelar em situações de crianças violentadas ou negligenciadas, foram referidos outros ligados a guarda, na Escola Comunitária. Em ambos, após separação dos pais, apenas um dos genitores tinha a guarda da criança e o outro buscava interferir: solicitando transferência da criança de escola ou levando a criança para cidade do interior, conforme exemplifica Paula

o pai pegou levou a criança pro interior, e aí a mãe queria que o filho viesse pra cá, aí a gente acionou o conselho tutelar, aí o conselho tutelar foi buscar as crianças que tinha a guarda da mãe. E teve esse

caso, e teve outro caso que quem tinha a guarda da criança era o pai, e a mãe pediu pra um final de semana passar com as crianças e depois fugiu com as crianças, o Conselho Tutelar também foi buscar.

Destaca-se a questão de território que afastava a Escola Municipal A do Conselho participante da pesquisa, pois apesar da proximidade física com a Nova Nigéria, está adscrita a um Conselho Tutelar diferente (Conselho Tutelar Y), conforme refere Poliana

Tem tido, assim, uma aproximação boa, né, com o Conselho Tutelar Y. Porque assim, tem uma questão que a escola é no [nome do bairro], os meninos são da Nova Nigéria, parece que os conselhos são diferentes, né, com relação ao atendimento, né. Mas aí assim, agora com o Conselho Y, a gente tá conseguindo, desde o ano passado, ter um bom relacionamento, pra ajudar a resolver situações que a gente não consegue dar conta sozinho. (Poliana)

Na Escola Comunitária e na Creche, que se localizam no centro do bairro estudado, a atuação da conselheira Camila é mencionada como efetiva, pois tem a prática de eventualmente visitar os serviços e perguntar se as gestoras necessitam de apoio, além de ter se mostrado eficiente em resolver as poucas situações nas quais o CT foi notificado. Paula, porém, salienta que estava mais satisfeita com a atuação de alguns conselheiros anteriores, pois estes eram mais presentes no cotidiano do bairro e das famílias.

Quanto às relações com o Setor Saúde, destacam-se alguns serviços apresentados nesta pesquisa, como o Serviço Neurológico (SN), a USF e o NASF, e outros não representados, como uma Fundação filantrópica de saúde com múltiplas especialidades. O SN é referido pela Escola Municipal A como parceiro, e pela Escola C como uma necessidade de difícil acesso. A parceria entre o SN e a Escola Municipal A está associada ao fato da escola ter se tornado referência na inclusão de crianças com necessidades especiais, além da curta distância (cerca de 300 metros) entre os dois serviços, conforme afirma Poliana

O SN é uma instituição que é próxima aqui da escola. A gente encaminha as crianças pra avaliação, e aí assim, como eles tem uma demanda muito grande, à medida que é possível, eles vão inserindo as crianças pra avaliação. Algumas vezes também já vem do SN a indicação. Orienta os pais pra matricular aqui na escola.

Ao tratar do SN, Priscila (55 anos) a referiu como uma instituição cuja grande demanda dificulta o acesso, de modo que tem recorrido a contatos pessoais para inserir crianças em serviços neurológicos públicos, filantrópicos ou universitários, quando necessário. As outras escolas referiram apenas encaminhamentos bem sucedidos, embora concordassem a respeito da longa fila de espera.

A USF e o NASF não são diferenciados nos relatos das educadoras. As entrevistadas tratam ações de imunização, medidas antropométricas, escovação, orientação nutricional e prevenção ao *bullying* todas como “do posto”. Necessário salientar ainda que todas as escolas estão no território do NASF estudado, porém as Escolas Municipais B e C são adscritas a outra USF que não a da Nova Nigéria. Paula afirma que, embora as principais ações de saúde na Escola Comunitária sejam empreendidas pela fundação filantrópica, há intervenções pontuais da USF relacionadas a imunização. Poliana e principalmente Pérola, referem atuação constante e eficiente destes serviços na Escola Municipal A e na Creche:

Pesam as crianças, verificam se estão abaixo ou acima do peso. E como tem os agentes, aí eles identificam quem são os pais, pra poder entrar em contato. Questão mesmo da higiene bucal, se tiver alguma cárie, ou alguma questão assim desse tipo, eles também identificam qual é o agente que trabalha com aquela localidade, e aí eles orientam a família a ir fazer o acompanhamento no posto de saúde. [...] Eles fizeram uma atividade também com os alunos, com relação a *bullying*. Palestra pros pais também, com relação a orientação à alimentação. (Poliana, 37 anos)

Quanto à USF do bairro vizinho, Priscila e Patrícia citam também acompanhamento de medidas antropométricas das crianças e orientação nutricional, além de ser o primeiro encaminhamento em casos de crianças identificadas com

necessidades especiais. Ambas as gestoras pontuam a constante participação de representantes da unidade de saúde nas reuniões junto às igrejas, ao grupo de mulheres e à ONG B, especialmente em encontros temáticos acerca da maternidade, do vírus zika, entre outros.

O CAPS infantil é abordado apenas por Poliana (37 anos), devido a um curto período em que um paciente do serviço esteve matriculado na escola. Já a fundação filantrópica de saúde mantém uma parceria com a Escola Comunitária, assegurando parte dos salários das professoras e realizado ações preventivas de saúde com as crianças.

Quanto à relação das escolas com instituições da Sociedade Civil Organizada, destacam-se a ONG B e a Biblioteca Comunitária. Ademais, conforme referido anteriormente, há a entidade filantrópica que fundou a Escola Municipal A, e cerca de cinco entidades que apoiam a Escola Comunitária, porém que não foram incluídas entre as entrevistadas na pesquisa, por não terem atuação expressiva no território.

A Biblioteca foi apontada como importante recurso da comunidade pelas representantes da Escola Comunitária e da Municipal A. A relação entre a Escola Comunitária e a biblioteca é referida por Paula como uma parceria, pois há atividades semanais de contação de história para os alunos.

Quanto à Ong B, foi colocada como parceira fundamental das Escolas Municipais B e C, não só pelos cursos e atividades que oferecem aos jovens, mas pela sua participação junto às reuniões envolvendo o Grupo de Mulheres, as igrejas, terreiros, escolas e posto de saúde. A Ong é referida por Priscila inclusive como possibilidade de intervenção em situações de violência: “A gente tenta consolidar parceria com outras instituições, como a Ong B que tem aqui na comunidade, pra tá buscando intervenção, né, indireta, na conversa, nas reuniões. No fazer repensar”

Patrícia cita a Ong B como possibilidade de acesso a serviços de saúde e assistência social:

A gente tem a Ong B aqui na comunidade. Que muitas vezes tem a assistente social, e tem um psicólogo. E aí, se a gente, a depender de um caso mais grave, a gente pode estar encaminhando essa mãe ou essa criança, pra que os meninos lá observem. Porque a escola, o serviço público não tem esses especialistas dentro da escola. E também a gente não tem aonde correr na prefeitura pra dar esse suporte.

As interações descritas pelas diretoras das Escolas Municipais B e C entre os serviços de educação e saúde e outros recursos comunitários (Ong B, grupo de mulheres, igrejas e terreiros) sugerem uma comunicação interinstitucional bastante avançada dentro dos limites do território do bairro contíguo. As outras entrevistadas não transmitiram a mesma impressão de comunicação intersectorial, com exceção de Pérola que o fez apenas ao referir-se interação entre a Creche, a USF e a Base Comunitária de Segurança.

Quanto ao Setor de Assistência Social, foram feitas apenas duas referências. Paula mencionou o CRAS como um local onde tem pessoas conhecidas e, portanto, facilidade de encaminhar pessoas do bairro para resolução de problemas diversos. Patrícia relatou que representantes do CRAS haviam visitado a escola na mesma semana da entrevista, dando orientações acerca do serviço. As poucas referências aos serviços de assistência social podem ser atribuídas à distância entre as escolas, o CREAS e o CRAS ou à baixa relevância conferida à assistência social pelas educadoras, de modo que visitas realizadas pelo CRAS às outras escolas podem não ter sido recordadas pelas entrevistadas.

Quanto ao setor de Segurança Pública, Justiça e Direitos Humanos, foi citada pelas entrevistadas apenas a Base Comunitária de Segurança. Os posicionamentos das educadoras acerca do trabalho da Base variam de acordo com atuação militante

das entrevistadas e com o acesso das escolas a algumas ações e atividades oferecidas.

As representantes da Escola Comunitária e da Escola Municipal A citaram as aulas de judô e música da base, das quais alguns alunos fazem parte. Paula, porém, viu nestas uma possibilidade de troca entre a Escola Comunitária e a Base, de modo que empreendeu ações no sentido de utilizar tais atividades como estímulo à frequência e desempenho escolar dos alunos:

Tem alunos nossos que fazem atividades na Base, de música e de judô, então aí eu tenho essa conversa com ele [capitão responsável pela Base], eu coloquei pra ele que era pra ele ficar observando a frequência desse menino, que eles exigissem a frequência do menino, com relação aqui a escola, pra gente mandar pra ver se esse menino está vindo pra escola. (Paula, 48 anos)

Uma outra intervenção da Base avaliada como positiva foi o PROERD, elogiado por Pérola, na Creche. De acordo com a educadora, a policial Janaína havia apresentado um projeto, alguns meses antes, de atividades com as crianças dos grupos 3 e 4, conforme descreve:

A policial Janaína, aqui da Base, ela está fazendo um trabalho com as crianças. Ela vai na sala, ela pediu autorização, trouxe o projeto pra a gente, a gente gostou muito. Porque fala sobre direito da criança, fala sobre violência, da violência doméstica, né... fala também em relação... de um estranho chamar 'venha aqui, entre aqui no meu carro' [...] Eles gostam bastante. Ela faz a rodinha com eles, senta na rodinha.

Para Pérola, o principal benefício da ação é a aproximação entre as crianças e os policiais: "tirar da cabeça deles que o policial é pra ter medo. E dizer pra eles que o policial é um amigo, que pode ajudar".

Na Escola Municipal A, chamou atenção o fato dos contatos telefônicos da Base Comunitária (referida como UPP) estarem fixados nos murais da coordenação e da diretoria. Questionada sobre o motivo, Poliana referiu que era devido a ameaças

e tentativas de agressão de pais de alunos contra professoras, exemplificando com o único caso em que a Base efetivamente foi contatada, no qual uma mãe vinha agredindo verbalmente e tentou agredir fisicamente uma professora.

Patrícia, da mesma forma, citou uma situação na qual precisou com urgência dos serviços da Base e foi atendida, conforme descrito anteriormente. Destaca ainda, a disponibilidade dos profissionais da Base e a busca de parcerias com a comunidade:

Periodicamente a gente tem alguns encontros, né, com a base, pra até traçar plataformas, ver parcerias, como eles podem entrar na escola, fazendo um trabalho mais educativo... [...] O capitão Jairo já esteve aqui várias vezes, buscando essa ajuda, essa parceria. (Patrícia, 55 anos)

Entre as educadoras, a perspectiva mais dissonante acerca do trabalho da Base Comunitária é a de Priscila, que salienta os impactos do policiamento ostensivo nas vidas das famílias do bairro e especialmente dos jovens negros:

Eu estou na condição de gestora, mas eu sou do grupo de mulheres do bairro. Eu fui formada por essas mulheres. Essas mulheres, quando instalou a Base, a gente disse que a gente não ia se envolver, porque a gente sabia que para além de política de segurança, quer dizer, pra política de segurança você deveria vir com educação, com saúde, com saneamento, com moradia, projeto de profissionalização. [...] Então, a gente vai discutir segurança, aproximação da Base, se seus dirigentes, eles são racistas, eles expressam nos policiais de ponta o racismo? Então a gente não tem o que conversar... a gente dialoga, vê o que é possível fazer, mas....

Apesar de ser um posicionamento destoante das outras educadoras, é bastante consonante com o discurso dos líderes comunitários e representantes da sociedade civil que participaram formal ou informalmente da pesquisa. Trata-se de representantes com muitas ressalvas à Base e expectativas frustradas de transformação, porém abertas à colaboração em atividades pontuais.

7.4 SERVIÇOS DE SAÚDE

A partir das entrevistas com as famílias, o Setor Saúde pode ser representado na Nova Nigéria por 5 principais serviços, três públicos e dois filantrópicos. O primeiro deles é a USF do bairro, representada na pesquisa pela gestora Bianca (28 anos), com apoio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) Bartolomeu (51 anos). O segundo é Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF) que dá suporte às equipes da USF Nova Nigéria e da USF do bairro contíguo, representado pela psicóloga Berenice (31 anos). O terceiro é um serviço de atenção psicossocial infantil (CAPSi), representado pela psicóloga Bárbara (45 anos). O quarto é um Serviço Neurológico (SN), cujas entrevistadas foram a presidente Bete (74 anos) e a coordenadora técnica Beatriz (53 anos). E o quinto é um Serviço Comunitário (SC) ligado a uma igreja protestante, cuja entrevistada foi a assistente social Bruna (54 anos). Para os dois últimos serviços, informações adicionais foram coletadas nos respectivos espaços virtuais.

Caracterização dos serviços

A USF Nova Nigéria funciona com o Programa de Saúde da Família desde 2009. A unidade existe desde 1990. Em 2006 foi fechada para uma reforma, que foi adiada até 2009, quando a Companhia de Desenvolvimento Urbano (Conder) conduziu a reforma de diversos postos em Salvador. De acordo com Bartolomeu, nos 3 anos sem sede, “a gente ficou meio que solto, mas o trabalho continuou”, de modo que uma equipe reduzida a gerente, enfermeira e ACS, contava com o apoio da associação de moradores, da Creche e da Escola Comunitária para permanecer atuando.

De acordo com Bianca (28 anos), hoje a USF tem cerca de 40 funcionários. Além de técnicos de enfermagem, administrativos e serviços gerais, a unidade conta com 3 médicos, 3 enfermeiros e 17 ACS, divididos em 3 equipes. Necessário destacar

que no início da pesquisa uma das críticas realizadas a esta USF era a falta de ACS para cobrir todo o bairro, e as dificuldades de acesso que isto ocasionava às famílias “descobertas”. Porém, no período da entrevista com Bianca e Bartolomeu, estes referiram que foram transferidos 7 novos ACS de um bairro vizinho. Para Bartolomeu, apesar das melhorias trazidas, a forma de ampliação da cobertura foi inadequada

Se você não tem, como é que você vai descobrir uma área pra cobrir outra. [...] Ele tirou as pessoas do [outro bairro do distrito] e jogou aqui na Nova Nigéria. Ótimo pra a gente, porque faz a cobertura total. Mas é ruim, porque eles têm que se adaptar à área, não conhece a área, não conhece as pessoas, não conhece o método. (Bartolomeu, 51 anos)

Bartolomeu revelou ainda que anteriormente a equipe que atende na região Norte era a mais deficitária em cobertura, pois tinha apenas 2 ACS e atualmente conta com cinco. Isso concorda com as críticas de moradores da região citadas anteriormente.

Na USF Nova Nigéria são oferecidos os serviços de pré-natal, acompanhamento a hipertensos e diabéticos, vacinação, curativo, farmácia, planejamento familiar, crescimento e desenvolvimento, e odontologia. A unidade tem apoio dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogo, assistente social que atendem às demandas da população nas respectivas especialidades.

O NASF é um serviço de apoio às USFs da Nova Nigéria e do bairro contíguo. Conta com uma equipe multidisciplinar composta por duas terapeutas ocupacionais, dois fisioterapeutas, uma psicóloga, uma assistente social e um educador físico. Uma nutricionista também compunha a equipe até meses antes da entrevista. Cada profissional divide suas atividades entre as duas USF, não havendo dias fixos para cada membro da equipe estar em cada unidade. É uma agenda construída a partir das reuniões e atividades em cada estabelecimento.

O objetivo do serviço é "dar apoio às equipes de referência da saúde da família. Pra que as equipes consigam ampliar o escopo das ações, melhorar a resolutividade das ações. Pra que elas possam ter frutos mais perenes" (Berenice, 31 anos).

As atividades cotidianas da equipe são definidas pela entrevistada como "dinâmicas", podendo atuar tanto com apoio pedagógico, quanto atividades com os usuários em grupo ou atendimentos ambulatoriais, domiciliares e interconsultas com profissionais da equipe de referência. Interconsultas são as menos realizadas, pois há baixa aceitação pelos trabalhadores, por demandarem maior tempo. Segundo Berenice (31 anos)

a nossa lógica em saúde da família e com o apoio matricial do NASF, ela vem pra a gente entender a situação, o indivíduo, a família, de forma integral, né. Então assim, a gente pode dar um apoio de orientar o profissional como fazer, mas se aquela equipe já não consegue ter mais recursos, ou se é um caso que demanda maior urgência de ação, aí a gente pode marcar uma consulta. (Berenice, 31 anos)

O CAPSi é um serviço de atenção psicossocial voltado para o atendimento a crianças e adolescentes com transtorno mental grave e persistente. Conta com uma equipe de 4 terapeutas ocupacionais, 3 psicólogas, 3 técnicas de enfermagem, 2 assistentes sociais e 2 médicos, além da gerente e da assistente administrativa.

O fluxo da criança ou adolescente ao entrar na unidade é a princípio o acolhimento por um dos profissionais. Diante de dúvida diagnóstica, o usuário é incluído em um dos grupos de observação (0 a 7 anos ou 8 aos 17), onde os profissionais responsáveis tentarão definir um diagnóstico e as próximas intervenções. Estas podem incluir consulta médica, acompanhamento psicológico individual e/ou inclusão num dos grupos e oficinas facilitados pelas psicólogas, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Há ainda possibilidade de encaminhamento para outros serviços, atendimentos domiciliares e intervenções articuladas com a escola.

A psicóloga Bárbara destaca que, apesar do foco serem os transtornos graves, como esquizofrenias e neuroses obsessivas, o serviço termina por receber toda a demanda de saúde mental infanto-juvenil, incluindo dificuldade de aprendizagem. Isso, de acordo com a entrevistada, prejudica o pleno funcionamento do serviço, conforme descreve

O fato da gente não ter outro tipo de serviço pra encaminhar casos que não seriam típicos de CAPS. Que a gente abarca sem ter como abarcar. Então você tem que se preocupar com um atendimento que é de outra ordem também. Se a gente tivesse só centrado nos casos de transtorno grave. A gente poderia ter uma visão melhor, mais aprofundada do caso. [...] por mais que a gente tenha profissional aqui, a gente não vai dar conta. A gente pode ter 50 profissionais aqui, a gente não vai dar conta. (Bárbara, 45 anos)

No trato com as famílias, Bárbara refere que a maioria delas acompanha e participa do tratamento, porém há uma alta demanda destas pela medicalização das crianças, muitas vezes reforçadas pela escola ou por outros serviços

Eu não posso dizer que um menino que mora numa sala menor do que essa, que não tem quarto, que não tem área de lazer, que esse menino é hiperativo. [...] E quando a gente diz “não” é um problema. Às vezes eu tenho que marcar com o médico, certo. Aí antes da criança entrar, eu sento com o médico, converso com o médico, certo. Pra que o médico diga “não, ele não precisa de medicação”. (Bárbara, 45 anos)

Conforme será discutido posteriormente, esta demanda por medicalização tem apoio além da escola, dos conselhos tutelares e dos abrigos, e é um importante ponto de tensão entre o CAPSi e outros serviços.

O Serviço Neurológico (SN) é uma associação civil, sem fins lucrativos, de natureza filantrópica. Funciona há cerca de 50 anos, com o objetivo de atender crianças e adolescentes com deficiência intelectual e múltiplas deficiências, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), alterações motoras, síndromes genéticas, paralisia cerebral e transtorno do espectro autista. Desenvolve ações de avaliação, diagnóstico e tratamento com intervenção precoce. Realiza atendimentos nas áreas de assistência social, saúde e educação, como forma de garantir às

crianças e suas famílias respostas às suas situações de vulnerabilidade, diagnóstico, habilitação e reabilitação, e inclusão escolar.

De acordo com as entrevistadas, o SN conta com nove especialidades: neurologia, psiquiatria, psicologia, serviço social, pediatria, psicopedagogia, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. No espaço virtual do serviço constam além dessas mais três: médico clínico, pedagogia e educação física. À época da entrevista estavam sendo acompanhadas cerca de 600 famílias.

O fluxo da criança na unidade é iniciado com a triagem a partir do serviço social, quando é realizada a abertura de prontuário e encaminhamento para a equipe. O conjunto das avaliações dos profissionais retorna para a assistente social, a partir de onde se define a manutenção ou não do paciente no serviço e os encaminhamentos. Na lista de espera para triagem, no período da entrevista, havia 227 crianças. É dada prioridade a crianças que apresentam crises convulsivas e menores de três anos, pela maior possibilidade de intervenção precoce. Considerando o crescimento de casos suspeitos de microcefalia associados ao vírus zika, estes também estavam sendo priorizados.

As entrevistadas caracterizam a população atendida como de baixa escolaridade e baixa compreensão do problema: “a família chega aqui e pensa que entregou” (Bete, 74 anos). Consideram, porém os pais e responsáveis como base, de modo que procuram incluí-los nas terapias, para aprenderem a lidar com a criança. A maior parte das famílias é matrifocal. Os pais não acompanham o tratamento ou abandonam a família quando constatarem a deficiência da criança. Beatriz (53 anos) referiu algumas intervenções realizadas com pais que negligenciam o tratamento, buscando envolvê-los.

Segundo as entrevistadas, algumas mães não se envolvem durante as aulas e consultas, utilizando este tempo para descansar e conversar com as outras mães. Isso deixa muitas crianças sem supervisão e se expondo a riscos no pátio do serviço (por exemplo, tentar subir no telhado). A intervenção referida por Bete (74 anos), nestas situações, é questionar “quem é o dono?” ou “quem é a mãe?”, e chamar a mãe à sua responsabilidade de cuidar da criança. Ademais, é feito um acompanhamento da família por Beatriz (53 anos) no serviço social, com levantamento de frequência e busca das famílias de crianças faltosas e grupo de mães mensal.

O Serviço Comunitário (SC) é uma associação sem fins lucrativos criada e mantida por uma Igreja Protestante. Foi fundado há cerca de 40 anos, a fim de promover a saúde, a educação e o desenvolvimento comunitário entre a população de baixa renda.

Conforme refere a assistente social Bruna (54 anos), com o objetivo de atender principalmente a população dos bairros circunvizinhos, o SC oferece atividades esportivas para crianças e adolescentes, de promoção da saúde para idosos e mulheres, doação de cestas básicas, cursos profissionalizantes, Balcão de Justiça e atendimento de saúde. O SC contava ainda com um grupo de acompanhamento interdisciplinar voltado para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), extinto em 2013.

A entrada do SC na lista de serviços de saúde visitados neste estudo ocorreu após famílias fazerem referência ao atendimento de saúde e ao serviço de acompanhamento interdisciplinar voltado para crianças com TDAH. O serviço de saúde do SC conta com médico clínico, pediatra, ginecologista, nutricionista e odontólogos. Conforme explica Bruna, a princípio os profissionais eram voluntários,

mas há cerca de 10 anos passaram a ser contratados pela prefeitura, com a qual o SC tem um convênio. A assistente social destaca ainda que o “posto” do serviço comunitário está buscando crescimento e oferta de mais especialidades, pois atualmente está com salas e equipamentos ociosos.

O acompanhamento interdisciplinar voltado para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade era semanal e facilitado por uma psicóloga e uma psicopedagoga voluntárias. Por ser de um período anterior à sua contratação, Bruna não soube detalhar o funcionamento desta atividade específica.

Enfrentamento da violência

A partir das entrevistas, foi possível observar uma baixa frequência de identificação de casos de violência, mencionada pelos representantes de todos os serviços. Os entrevistados em geral caracterizavam como violência apenas a ocorrências de cunho sexual ou agressões físicas graves. Apenas no CAPSi e no SN foram referidos casos graves de violência contra criança ou adolescente enfrentados pela equipe, ambos de violência sexual.

Na USF, Bianca (28 anos) refere lembrar de apenas um caso de violência atendido pela equipe e notificado ao Distrito, porém não participou de detalhes na identificação e acompanhamento de casos

Assim, eu não estou muito por dentro porque eu não participo dentro dessa relação deles, só que eu já ouvi falar no caso que já teve algum caso que preencheu a ficha de notificação de violência doméstica, leva pro distrito. [...] Eu só lembro de um caso [...] Porque quando eles atendem lá fica mais entre eles mesmo, não tem essas informações completas (Bianca, 28 anos)

A gestora salienta que em situações de violência ou violação de direitos de crianças, a própria equipe se organiza para tomar decisões e realizar intervenções e encaminhamentos, sendo sua participação apenas em questões pontuais como uma

solicitação do carro do Distrito. Já Bartolomeu demonstra no seu discurso uma grande valorização da proteção à infância e conhecimento do seu dever disposto no ECA

Quanto às crianças, eu costumo dizer que nós temos que cuidar das crianças. Porque o eca, que é o estatuto das crianças e adolescentes já diz que é obrigação dos pais, dos parentes em geral e da sociedade, no caso eu e você também, temos obrigação de cuidar da criança e do adolescente. [...] Tá lá no eca no artigo 4º, a gente tem obrigação de defender as crianças e os adolescentes. (Bartolomeu, 51 anos)

Questionado sobre casos de violência contra a criança ocorridos na área de abrangência da unidade, Bartolomeu pontua que “pra chegar assim diretamente pra mim, nunca chegou. Na minha área. Mas a gente vê relatos de outras situações em outros lugares, que não é só Nova Nigéria, mas também em outros bairros”. Referiu que a prática do castigo físico contra crianças era mais comum na sua infância, e mais raro atualmente: “hoje em dia a gente não vê mais bater assim não, muito difícil. Claro que ainda tem, até inclusive espancamentos. A gente não sabe dizer quem é”.

Necessário destacar, sobre Bartolomeu, que num dos momentos que encontrou com a pesquisadora pelas ruas do bairro, uma moradora estava contando a ele como puniu fisicamente a filha que estava “descontrolada” no fim de semana. Observa-se, portanto que no caso deste entrevistado, o uso de castigos físicos contra crianças e adolescentes pode ser algo considerado rotineiro, que não foi digno de nota.

No NASF há uma preocupação de investigação de casos encaminhados de crianças com problemas de comportamento, apresentando dores não explicadas, agressividade ou resistência ao exame médico. Situações de negligência de acesso a saúde também são analisados com cuidado, discernindo entre negligência propriamente dita e reduzidas condições socioeconômicas e culturais, conforme exemplifica Berenice (31 anos)

A gente tinha um caso, que era área descoberta, porque não tinha agente comunitário na época [...] tinha uma mulher que tinha um bebê que nasceu com uma massa tumoral embaixo da língua. Essa criança não conseguia deglutir, só tomava leite. Mas a condição social da família era muito empobrecida, de recurso, de instrução, de tudo [...] foi um parto domiciliar que ela teve. Teve essa complicação, a menina foi internada, e a mãe ficou com muito medo depois da menina ser internada outra vez. Então na nossa leitura, ela se esquivava do atendimento para evitar uma nova internação.

A psicóloga afirma ainda que não havia compreensão da mãe da necessidade de consultas da criança, e que só acessava os serviços de saúde quando a equipe do NASF ia buscá-la em casa. E questiona: "aí a gente para e pensa, eu vou dizer que essa mãe tá sendo negligente?". Refere como potencialidade desta família o amor à criança demonstrado pela mãe: "ela tinha muita vontade que a criança crescesse, se desenvolvesse". Porém houve poucos avanços no caso, e mãe e filha se mudaram do bairro sem dar novas notícias.

Apesar dos relatos iniciais, ao longo das entrevistas, todos os participantes descreveram situações envolvendo outras formas de violência ou violações de direitos de crianças ou adolescentes. Refletindo sobre essas violações, Bárbara e Bruna referiram casos que, apesar de não serem de agressão física, foram identificados como formas de violência

Eu caracterizo também a violência, a questão dos pais que não dão uma forma satisfatória de subsistência dos filhos, e a mãe tem que vir pedir uma cesta básica. E dizer que a filha, né, antes de ir pra escola tem que passar na casa de uma avó pra tomar um café com pão. (Bruna, 54 anos)

A gente tem um paciente aqui [...] A equipe se deslocava pra casa. Um menino que por conta do transtorno, ele é muito agressivo, certo. Então, para ele não sair na rua, ele ficava trancado. [...] Você trancar esse menino também é uma forma de violência. Mas assim, já tinha sido usado todos os recursos, os recursos médicos, os recursos ocupacionais, os recursos psicológicos (Bárbara, 45 anos)

Bárbara afirma que são acompanhados junto ao Ministério Público cerca de quatro casos similares, nos quais a família se utiliza de cárcere privado de

adolescentes como último recurso, quando estes se tornam mais fortes e agressivos, e seu transtorno não consegue ser controlado pelas estratégias da equipe. Além de tais casos, Bárbara identifica como formas de violação comuns no CAPSi a privação de educação formal e o abandono de tratamento.

A pouca referência de casos de violência contra crianças e adolescentes, porém, não pode ser confundida com baixa incidência. Conforme refere Bárbara

São poucos [casos de violência]. Mas aí eu fico na dúvida, viu. São poucos porque são poucos, ou porque nossa anamnese é ruim? [risos] Né? A gente coloca essa dúvida também. Entendeu? Porque assim, a unidade de saúde, ela tem essa característica de só querer olhar a doença. Isso eu acho que acontece em todas as unidades, independente de trabalhar com infância ou com a adolescência. (Bárbara, 45 anos)

Apesar das dificuldades, no SN e no CAPSi, serviços cujo público alvo é especificamente formado por crianças e adolescentes, foi citada pelas profissionais a prática de investigação de casos, com busca de marcas nas crianças atendidas e atenção a sinais referidos nas entrevistas com pacientes e familiares.

Sabe aquela família que parece perfeita? Tá buscando todas as melhoras. Era uma criança que ela chegou com uma suspeita diagnóstica de autismo, né. [...] A criança veio como se fosse com uma atadura no tornozelo. E quando a psicóloga perguntou [a mãe respondeu] “ah não, foi porque ela foi tomar banho e botou o pé dentro da bacia na hora que tava só coma água quente”. Só que se ela tivesse com a água quente, estaria o pé todo, não era o tornozelo. Né? [...] A gente tentou cercar, cercar, cercar, cercar esse caso, mas a gente não conseguiu. (Bárbara, 45 anos)

As intervenções diretas sobre as situações de violência identificadas variam entre os serviços e de acordo com a gravidade do caso. Na USF, a intervenção mais comum referida por Bartolomeu foi o encaminhamento ao Conselho Tutelar, em alguns casos a pedido dos próprios pais, conforme os dois exemplos apresentados

Quando chega um caso desses pra mim, que geralmente o pai e a mãe perde o controle, fica impotente, na maioria das vezes eles querem procurar o conselho tutelar. E a gente aí orienta onde fica, quem procura, quem é o conselheiro. (Bartolomeu, 51 anos)

E aí, a gente também quer denunciar, mas aí também, a gente fica balançado. Entendeu? Mas as vezes não... é uma situação que a gente chama o conselheiro e diz “ó, tá acontecendo isso... então isso cabe mais a vocês, claro a gente tem nossa obrigação, mas cabe mais a vocês”. (Bartolomeu, 51 anos)

Os dois exemplos concordam com o que foi referido pelas conselheiras Cláudia e Camila sobre os pais buscarem o Conselho Tutelar como último recurso para lidar com seus filhos e sobre a forma de contato entre conselheiras e ACS.

Na equipe multidisciplinar do NASF, o posicionamento sobre a notificação ao Conselho Tutelar era ambivalente. Por um lado, apresentavam desconfianças de violências em alguns casos, assim como viam a necessidade de acionamento preventivo do Conselho em certos momentos, mesmo se nenhuma violência fosse identificada. Por outro lado, pesavam as consequências de uma notificação para o vínculo da família com o serviço

Existe um estigma muito forte, né. As famílias quando veem que foram denunciadas... então nosso maior medo era esse, de quebrar o vínculo que a gente estava construindo com a família se a gente acionasse o conselho tutelar. Legalmente, claro [dizemos] “vamos acionar o conselho tutelar”. Mas no manejo mesmo da relação é uma questão delicada (Berenice, 31 anos)

No CAPSi, especificamente, há uma defesa da notificação enquanto prática, que Bárbara associa em parte à sua experiência anterior com serviços de atenção a mulheres vítimas de violência

E, de alguma forma fui pega, né, pelo bichinho da violência, né. E ter trabalhado, facilitou demais a identificação nesse serviço aqui de saúde. Então, por exemplo, eu não tenho medo de notificar. Eu tenho profissional que tem medo de notificar. De forma nenhuma tenho medo nenhum em notificar. Eu todo dia eu digo “gente, notificação é estatística”. Notificação gera, né... a saúde precisa saber onde estão os casos de violência. Se a gente não notifica, vai ficar sempre isso escondido. (Bárbara, 45 anos)

Além da notificação, o encaminhamento ao Ministério Público ou ao Serviço Viver (violência sexual) é a intervenção mais comum no CAPSi. O Serviço Comunitário também se utiliza prioritariamente de encaminhamentos, conforme refere Bruna, o

Balcão de Justiça que funciona no próprio SC já apoiou dois casos de violação de direitos de criança: o caso anteriormente referido do pai que não dava pensão à filha, e o caso de um pai que não queria registrar o filho.

No Serviço Neurológico, além dos encaminhamentos ao Conselho Tutelar em situações de disputa de guarda entre os pais e ao Ministério Público em caso de violência sexual, há uma prática mais imediata de intervenção referida pelas entrevistadas. De acordo com Bete, todos os profissionais estão instruídos e autorizados a intervir e reportar à coordenação qualquer uso de castigo físico contra crianças dentro da instituição.

Entre os serviços de saúde, portanto, observa-se que identificar, notificar e encaminhar são consideradas as principais ações de proteção à criança em situação de violência. A relação que mantém com esta rede de encaminhamento, porém, pode ou não responder às suas expectativas de resolução.

A rede intersetorial

A relação da USF com o Conselho Tutelar é mediada pelos ACS e Conselheiros moradores do bairro, que através das relações de vizinhança e amizade facilitam o contato e os encaminhamentos.

Entre as representantes do SN e do CAPSi é possível observar uma relação de pouca confiança no Conselho Tutelar. O SN, por um lado, prefere encaminhar os casos considerados mais simples, não confiando na competência do conselho para lidar com casos de violência sexual, por exemplo. Por outro lado, o CAPSi não só evita orientar casos para o CT como tece sérias críticas às conselheiras, referindo que estas fazem encaminhamentos inadequados, além de reforçarem a pressão pela medicalização de crianças (na família ou em abrigos).

Por fim, a representante do Serviço Comunitário afirma que não mantém relação com o Conselho Tutelar, porém cita um caso no qual o SC entrevistou após uma adolescente puérpera negar o acolhimento que foi oferecido a ela e seu bebê diante do argumento da conselheira de que seu filho poderia ser facilmente adotado

A adolescente que eu falei, que teve o filho, que perdeu o pai, o pai faleceu justamente na hora que ela precisava de apoio. E que ela se viu sozinha [...] chegou com o filho nos braços, e quando ela entra no carro [do conselho tutelar], disseram que o filho dela seria tipo uma presa rápida pra adoção, uma criança rápida pra adoção, porque é branca [...] E aí ela ficou com medo, ela “opa, não vou”. Não foi. Veio pro SC. A gente acolhe e dá o encaminhamento [...] E ela foi acolhida lá pelo juizado, e também acolhida no abrigo que ela foi.

Portanto, as interações dos serviços com o Conselho Tutelar, especialmente o SC, o SN e o CAPSi, são marcadas por críticas e desconfianças, porém também por poucas interações efetivas que sustentem tais atitudes. Necessário destacar que não foram referidos pelo SN e pelo CAPSi grande frequência de encaminhamentos recebidos do Conselho Tutelar, embora as conselheiras entrevistadas tenham pontuado ambos os serviços como relevantes na sua rede de encaminhamentos. A representante do CAPSi limitou-se a declarar que a maior parte dos encaminhamentos feitos à unidade pelo Conselho Tutelar não são da sua competência.

Com os serviços de educação, a USF Nova Nigéria refere atividades como escovação e vacinas dentro da escola e da creche que estão dentro da sua área de abrangência, além de outras escolas próximas cuja maioria dos alunos pertence ao bairro. Berenice (31 anos) salienta que funciona no bairro o *Programa Saúde na Escola* (PSE), que conta com componentes obrigatórios realizados pela equipe de referência (avaliação antropométrica e escovação) e componentes optativos (enfrentamento às drogas, alimentação e nutrição, cidadania, violência, sexualidade), selecionados juntamente com a equipe do NASF de acordo com a necessidade de cada escola.

O SN mantém uma relação bastante próxima com o setor educacional. Bete refere que a educação “sempre sai na frente”, em termos de acompanhar as crianças com necessidades especiais e colaborar com seu tratamento. Esta relação é efetivada através de reuniões com as equipes da escola ou visitas dos técnicos do SN à escola. Trabalham com crianças de cerca 200 estabelecimentos escolares, dos quais mantêm relação direta com 170. Bete refere que no ano anterior, para abarcar mais instituições e qualificar a interação com aquelas já incluídas, foi oferecida capacitação para 50 escolas sobre alternativas de educação e avaliação.

O CAPSi, da mesma forma, mantém relação frequente com o setor educacional. O serviço tanto recebe crianças encaminhadas pela escola quanto mantém contato sempre que possível com as escolas onde os pacientes estudam, para garantir a sua inclusão escolar. Conforme refere Bárbara, o contato ocorre com o envio de uma ficha específica para a coordenação da escola através dos pais, na qual é agendada uma visita. O serviço encontra porém, algumas dificuldades de realizar o acompanhamento escolar, devido à indefinição do seu território, conforme descreve Bárbara

Eu conheço todas as escolas aqui do [Bairro do mesmo DS]. Todas as diretoras me conhecem. Porque eu tenho facilidade de ir numa escola aqui. Mas eu não tenho facilidade de ir numa escola em [Bairro distante]. Entendeu qual é a questão? Se a gente trabalhasse territorializado, a gente teria uma possibilidade de atenção muito maior.

No que tange aos serviços de assistência social, na USF os contatos eventuais com CRAS e CREAS são mediados pelo NASF. A princípio era feita pela psicóloga e, após a inclusão da assistente social na equipe, passou a ser intermediada por esta. O contato, de acordo com Berenice (31 anos) é feito através de ofício para a Secretaria de Promoção Social e Combate à pobreza (SEMPS), que então redistribui os casos ao CRAS ou aos CREAS. De acordo com as poucas experiências de encaminhamento

que já teve para estes serviços, afirma que "não consegue enxergar um alcance grande" das ações do CREAS e do CRAS, nem possibilidade de parcerias estáveis destes com o NASF e a USF.

A relação do SN com tais serviços é esporádica, porém marcada pela falta de *feedback* acerca dos casos encaminhados do SN para o CRAS ou CREAS. A representante do CAPSi afirma que a parceria com o CREAS é importante nos casos em que é identificada violência intrafamiliar e sempre satisfatória.

No que diz respeito aos serviços de segurança pública, justiça e direitos humanos, destacam-se a Base Comunitária de Segurança e o Ministério Público. A Base Comunitária foi citada apenas pelos representantes da USF Nova Nigéria e do NASF, serviços de saúde mais próximos fisicamente.

Berenice (31 anos) referiu uma "relação um pouco distante" dos dois serviços de saúde com a Base, associada a insatisfações de líderes e agentes comunitários com o processo de implantação e manutenção desta. A gerente Bianca (28 anos) destacou os plantões na Base junto ao posto (dois dos policiais da Base localizavam-se sempre em frente ao posto) e a atividade "Movimenta Nova Nigéria"

A gente tinha uma ação que a gente fez ano passado, esse ano não teve ainda, que foi Movimenta Nova Nigéria, que foi relacionada a álcool, drogas, essas coisas [...] A gente fez uma caminhada rodando aqui tudo, pra poder estar orientando, aferindo pressão, foi legal (Bianca, 28 anos)

Bartolomeu afirmou que a relação entre o posto e a base é em geral institucional, limitada a algumas participações em reuniões. Reconhece os benefícios da base para o funcionamento da USF, porém percebe diferenças no processo de trabalho que interferem nas tentativas de atividades conjuntas, como o próprio "Movimenta Nova Nigéria"

Quando a base veio pra cá, a gente teve a sensação de que o alcoolismo aumentou dentro da comunidade. Com aquela sensação de segurança. E aí a gente fez um trabalho de combate. [...] foi junto com a base e o posto, de sair entregando panfletos e conversando. Explicando que o alcoolismo é uma doença, mesmo sendo uma droga lícita, mas é uma doença que tem que ser combatida. [...] houve uma espécie de um constrangimento. Porque como a base foi junto, aí foram alguns policiais armados, e aí no meio do caminho abordou gente... que o propósito não era esse. Mas aí aconteceu. Aí criou também o desgaste. Mas o trabalho foi bom, porque lançou a semente. E depois teve as procuras, né. (Bartolomeu, 51 anos)

Quanto ao Ministério Público, apenas as representantes do CAPSi e do Serviço Neurológico referem manter relação com o órgão. No CAPSi, conforme citado anteriormente, há casos acompanhados pelo Ministério Público devido a questões escolares, de disputa familiar e de abandono de tratamento de casos graves. A interação constante com o órgão, porém, demonstrou seus limites, conforme refere Bárbara

O Ministério Público, quando você vai, a gente que é profissional, eles têm um limite de atuação. Entendeu? Eu fico brincando com o promotor, né: “olhe, eu posso mais do que você, porque quando eu digo aos pais que eu vou procurar o Ministério Público, os pais morrem de medo” (risos). E ele não pode dizer isso. Até porque ele sabe da limitação dele. E as vezes eu digo “olhe, se você não fizer isso, eu vou procurar o Ministério Público, o Ministério Público vai abrir um processo pra tirar a guarda”. Ele diz “ô, Bárbara, a gente não pode isso não”, eu falei “mas eu digo que pode!”. (Bárbara, 45 anos)

No SN, Bete relata manter uma relação em geral boa, porém cita o caso de uma adolescente que sofria violência sexual pelo pai. O SN encaminhou a situação diretamente para o Ministério Público, por considerar que a gravidade do caso ultrapassava as competências do Conselho Tutelar. Não possuem maiores informações do desenrolar do caso, sabem apenas que a adolescente foi abrigada. De acordo com Bete, diante do problema da adolescente, esta foi uma decisão inadequada, pois ela não teria alcançado autonomia aos 18 anos, quando o período de abrigamento terminaria.

7.5 ASSISTÊNCIA SOCIAL

De acordo com a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (BRASIL, 2004), a prestação dos serviços de assistência social se divide em dois campos fundamentais: proteção social básica e proteção social especial. Estes são respectivamente representados por dois órgãos principais de atendimento à população: o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS). Entre as entrevistas desta pesquisa – tanto com famílias quanto com outros serviços - o mais citado como referência em assistência social foi o CRAS, com apenas alguns relatos incluindo o CREAS.

Salvador conta atualmente com 28 CRAS e 5 CREAS. Neste capítulo serão apresentados o CRAS e o CREAS responsáveis pelo bairro estudado, suas ações de enfrentamento à violência e sua relação com a rede de proteção. O CRAS foi representado na pesquisa pela sua coordenadora Elisa (33 anos) e uma das psicólogas, Elaine (28 anos). O CREAS foi representado pela coordenadora Eva (57 anos) e pelos psicólogos Érica (30 anos) e Everton (43 anos).

Caracterização dos serviços

O CRAS visitado atende a cerca de 15 áreas de abrangência. Funciona em um complexo de prédios, no qual também se localiza o Conselho Tutelar participante da pesquisa. Conta com uma equipe de uma psicóloga (Elaine, 28 anos), 2 assistentes sociais, 4 administrativos, 1 auxiliar de serviços gerais e 1 porteiro, além da coordenadora Elisa (33 anos). Elisa é assistente social e coordena o serviço há 3 anos.

Assim como o CRAS, o CREAS funciona num complexo de prédios públicos. Tem uma das maiores áreas de abrangência entre os CREAS de Salvador, contando com cerca de 50 bairros. A equipe é formada por dois psicólogos, uma estagiária de psicologia, 3 assistentes sociais, 2 pedagogas de medida socioeducativa, um advogado, 3 educadoras sociais, 2 administrativos e uma auxiliar de serviços gerais, além da assistente social que coordena o serviço.

Entre as entrevistadas do CRAS, Elisa, era terceirizada e Elaine havia entrado por concurso público há cerca de 2 meses. No CREAS, Eva (57 anos) era funcionária pública há mais de 15 anos, Everton (43 anos) havia entrado no serviço através de concurso público há cerca de 4 meses e Érica (30 anos) havia atuado como estagiária e continuou como psicóloga há 3 anos.

Destaca-se, porém, a situação profissional da psicóloga do CREAS “tem os concursados, tem os Reda, tem os de empresa e tem a gente, que é ordem de pagamento [...] prometeram que a gente ia pra uma empresa, mas até agora nada”. Observa-se, por um lado, um investimento em recursos humanos dos serviços nos meses anteriores às entrevistas e por outro, uma tendência a vínculos precarizados ou mesmo “não-vínculos” entre os profissionais da assistência social.

As atividades do CRAS do CREAS incluem atendimentos individuais e em grupo, visitas domiciliares e institucionais. À época da entrevista no CRAS, estava sendo realizado apenas um grupo de acolhida, uma vez por mês, que consiste em um acolhimento e esclarecimentos sobre o funcionamento do serviço. Em período anterior também costumava funcionar um serviço de convivência e fortalecimento de vínculos para adolescentes no CRAS, que passou a ser terceirizado para ONGs, com fiscalização da SEMPS. O único oferecendo na época da entrevista era a ONG B.

De acordo com as entrevistadas, as visitas domiciliares do CRAS são em geral a pedido de outros órgãos, por necessidade de busca ativa de pessoas. Demandam reorganização do serviço planejada especialmente para o dia, de modo que os profissionais que são necessários na visita estejam presentes nesta e o centro não fique sem profissionais para atendimento. Têm acesso a um carro da prefeitura 3 vezes por mês, porém muitas vezes este chega ao CRAS com atraso ou está em manutenção no dia das visitas.

No CREAS, um carro da prefeitura está disponível para visitas uma vez na semana, com a possibilidade de pedir um dia extra. Em ambos os serviços, além das visitas domiciliares, são realizadas visitas institucionais a outras unidades da rede de assistência social, a estabelecimentos de saúde ou a escolas.

Apesar das similaridades nas rotinas de trabalho, o público alvo e o objetivo do atendimento diferem entre os dois serviços, de modo que “o CRAS seria pra prevenção e o CREAS pra cuidar da violação que já ocorreu” (Everton, 43 anos). De acordo com Elisa, “o foco do CRAS é a família, evitar que os laços se rompam. Se os laços já estão rompidos, constrói-se um plano de acompanhamento.”. Já no CREAS, são tratadas em geral violações que já estão em curso. A maior parte das vítimas de violação chega ao CREAS por demanda espontânea. Quando encaminhados, vêm em geral através do Conselho Tutelar, do Ministério Público, do disk 100 ou de escolas.

As condições de duração do acompanhamento e da sua finalização também variam de acordo com os objetivos de cada serviço. De acordo com Érica, no CREAS, quando se percebe que não há mais violação, o usuário é encaminhado para o CRAS para fazer o “desmame”, considerado fundamental para “não deixar solto”. No CRAS,

o período do acompanhamento é de cerca de 6 meses. Se o rompimento de vínculos se resolve, considera-se a possibilidade de liberação da família.

No escopo da prestação dos serviços, algumas mudanças aconteceram no CREAS ao longo da sua existência. Há cerca de 10 anos, o serviço, que atendia apenas vítimas de violência sexual, passou a atender outras variedades de violações de direitos. De acordo com Eva (57 anos), esta mudança ocasionou uma ampliação da demanda superior à capacidade do centro.

Outra mudança ocorrida, cerca de 6 meses antes da entrevista, foi a inclusão de atendimento de medida socioeducativa entre as funções do serviço. De acordo com os psicólogos, à época da entrevista a grande maioria dos atendimentos era de medida socioeducativa.

A estrutura física e material do CRAS é bastante precária. Na época da entrevista, o CRAS estava passando por uma reforma, e o serviço se dividia entre dois outros prédios do mesmo complexo e a própria unidade, em meio ao material de construção. Até 3 meses antes da entrevista, não havia linha telefônica. O serviço não tem computador, impressora ou acesso à internet, e itens de funcionamento básicos como papel higiênico e água mineral faltam com frequência.

O prédio do CREAS, por outro lado, é considerado pelos profissionais uma estrutura boa. Conta com sala de espera, salas de atendimento amplas e arejadas, um jardim central com um pequeno parque e uma copa. Referem que há cerca de um ano passaram por uma reforma, porém não houve realocação ou suspensão dos atendimentos agendados, que foram realizados em meio às obras.

Enfrentamento da violência

De acordo com a PNAS (BRASIL, 2004, p 33), a proteção social básica tem como objetivos “prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários”, enquanto à proteção especial caberia a assistência a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social ocasionadas por abandono, maus tratos físicos, psíquicos ou abuso sexual, entre outros. A mesma política traz como diferença entre a proteção social básica e a especial a ênfase da segunda em situações nas quais houve violação de direitos. Neste sentido, casos de violência contra crianças são competência do CREAS. Tal informação é reiterada pelos profissionais da assistência social entrevistados, assim como por representante da SEMPS ouvida na ocasião do pedido de autorização para realização das entrevistas.

Ocorrem, porém dificuldades de compreensão do fluxo por profissionais não diretamente ligados à Proteção Básica e Proteção Especial, conforme será discutido posteriormente. Especificamente na presente pesquisa, a proximidade entre o Conselho Tutelar e o CRAS ocasionava uma série de encaminhamentos inadequados daquele para este.

De acordo com Elisa, no CRAS os casos de violência em geral são acolhidos, recebem intervenção breve da psicóloga ou assistente social e são encaminhados para o CREAS e outros órgãos competentes. Ocorrem casos em que mesmo após encaminhamento para o CREAS, a família prefere retornar ao CRAS. Nestas situações, o CRAS aceita manter a família no serviço e comunica ao CREAS esta mudança. Com exceção deste acolhimento em caráter especial do CRAS, o serviço da assistência social responsável pelo enfrentamento de casos de violência é o CREAS.

Considerando o histórico de atendimento de violência sexual do CREAS, esta aparece com frequência nos relatos. Eva destaca os pais e mães biológicas como principais agressores, e chama atenção para a reduzida notificação, principalmente na classe média-alta.

Érica refere, porém, que a maior parte dos casos atendidos com crianças é de violência física. Trata-se de um tipo de violação que é referida com muita frequência, mesmo quando não é o motivo do encaminhamento. Érica usa como exemplo um grupo de adolescentes que tratava de questões variadas no qual, em certo momento, uma das participantes compareceu com marcas físicas de violência perpetrada pela mãe, como castigo por ela não querer ir para o grupo naquele dia. Eva destaca ainda que “as violências estão abraçadas. Nenhuma violência está sozinha”, ao se referir aos casos de múltiplas violências atendidos no serviço.

A equipe do CREAS apresenta reflexões bastante críticas sobre aspectos da causalidade e enfrentamento da violência. Sobre a reprodução intergeracional da violência, Eva refere que “a violência, ela é cíclica”. Argumenta que a família que agride é muitas vezes “uma família sem acesso a políticas públicas e conhecimento, que foi criada assim” e acredita que com o acesso a políticas públicas e conhecimento, “o ciclo pode se quebrar”.

A coordenadora retoma a história social da violência, lembrando que antes da constituição de 88 e do ECA, a criança não era um “ser de direitos”. Refere a naturalização histórica da violência, exemplificando com práticas como o infanticídio e o matrimônio infantil, e conclui: “não adianta a gente culpabilizar uma família que só conheceu aquilo”. Neste contexto, critica a abordagem estigmatizante das famílias por profissionais que atuam com violências: “o que é [família] desestruturada? Quem sou eu pra dizer isso?”.

Uma segunda forma de violência referida como frequente é a psicológica, na qual Érica inclui alienação parental, testemunho de violência entre os pais e ameaças de abandono: “os meninos chegam aqui dilacerados”.

Sobre o atendimento aos casos, os psicólogos pontuam a importância do acolhimento desde a recepção e o uso do brincar como recurso de atendimento a crianças. O trabalho do CREAS e o relatório produzido por seus profissionais muitas vezes é parte relevante do momento de investigação da situação de violência, assim como do processo jurídico. Neste sentido, Érica destaca a importância do atendimento sequenciado como forma de estabelecer a confiança entre a criança e o profissional e estimulá-la a revelar o abuso. Do mesmo modo, envolve outros membros da família ou pessoas do convívio da criança no atendimento, para melhor compreender com quem a criança tem maior vínculo e a quem pode ter revelado a violência.

Os psicólogos apontaram como uma das principais dificuldades do trabalho as famílias que abandonam o serviço, e nem sempre são localizadas pela busca ativa. Érica citou o caso de uma mãe que deixava as duas filhas menores aos cuidados do filho adolescente enquanto trabalhava. Diante da confirmação de múltiplas violências (física, sexual e psicológica) perpetradas pelo adolescente contra as crianças, a mãe se apresentava preocupada com os três filhos e tinha dúvidas se deveria ou não denunciar o caso à polícia. A mãe buscou o CREAS, onde ela e as crianças foram acompanhadas, além de fazerem psicoterapia individual pelo plano de saúde. O adolescente recusou atendimento e havia se mudado da casa. Segundo Érica, a mãe abandonou o acompanhamento no CREAS e não foi mais localizada pela equipe.

A questão da notificação é considerada delicada no CREAS. Quando identificado um caso de violência ainda não denunciado, os profissionais acompanham e prestam apoio, porém a decisão sobre a denúncia ou não recai sobre

o familiar não abusivo que leva a criança ao serviço. Segundo Érica, considerando que os custos sociais e os desdobramentos da revelação pesariam sobre a família, caberia a esta a decisão, pois “ela que conhece a dinâmica da família”.

Questionados sobre o papel do CREAS na rede e a especificidade dos casos encaminhados para este, os profissionais avaliaram que as violações de direitos, as violências e principalmente a gravidade dos casos é o que caracteriza as situações de violência contra a criança encaminhadas para o CREAS.

A rede intersetorial

Conforme observado anteriormente, o fluxo de encaminhamento das famílias e crianças em situação de violência para CRAS ou CREAS não parece nítido para os outros serviços da rede. Tais inadequações nos encaminhamentos acontecem desde o Conselho Tutelar até as Varas da Infância e Juventude, muitas vezes com colaboração da própria SEMPS, que repassa as solicitações aos serviços.

No CRAS, apesar de destacadas nos encaminhamentos questões que não são da competência do serviço, a Secretária “manda fazer visita mesmo assim”. Segundo Elisa, o posicionamento da coordenação e profissionais do CRAS neste caso é não aceitar os encaminhamentos inadequados recebidos, argumentando que “quando você não sabe o que você tem que fazer, você acaba fazendo tudo”.

No CREAS, solicitações de psicoterapia individual são comumente recebidas, e sensibilizam a equipe. Por um lado sabem que psicoterapia não está entre as atribuições do psicólogo no CREAS, e por outro compreendem a disponibilidade deste serviço na rede de saúde como deficitária. Neste caso, o posicionamento da equipe é acolher a família encaminhada e re-orientar para outros serviços ou mantê-la no CREAS, a depender da gravidade percebida do caso.

A relação dos serviços de assistência social com os Conselhos Tutelares demonstrou-se conflituosa. Por um lado, as profissionais do CRAS referem que cerca de 95% dos encaminhamentos feitos pelo Conselho Tutelar são indevidos. Por outro, Everton refere dificuldades no que tange à referência e contra-referência com o Conselho Tutelar.

Na relação do CRAS com o Conselho Tutelar, Elisa exemplifica as dificuldades relatando uma situação envolvendo uma adolescente de 16 anos, cujo pai buscou o CRAS após um primeiro contato com o Conselho. Trata-se de uma situação de conflito familiar diante da separação dos pais. A mãe compareceu ao serviço apenas uma vez, com a advogada e não retornou. Não havia informação de contato da família no CRAS, para a realização de busca ativa, apenas no Conselho Tutelar, que se recusou a fornecer os dados.

A coordenadora tece críticas ao modelo de funcionamento dos Conselhos Tutelares, referindo que “é como se o Conselho Tutelar tivesse legitimidade pra fazer o que quer, sem dar satisfação a ninguém. É como se fosse uma autarquia”. Destacou a necessidade de profissionais habilitados para a realização do trabalho de conselheiros, não apenas por cursos e pela experiência na área, mas por formação profissional. Compara o trabalho do Conselho ao do próprio CRAS, no qual as principais ações são realizadas por psicólogos ou assistentes sociais: “pra fazer determinados procedimentos no CRAS, tem que ser assistente social ou psicólogo. Eu não vou pegar uma bailarina e colocar pra fazer acolhimento.”. Salienta ainda a necessidade de fiscalização do trabalho do Conselho Tutelar, principalmente no que diz respeito ao abrigamento de crianças.

Quanto à relação entre o CREAS e o Conselho, Everton refere uma “falta de maturidade na referência e contra-referência”. Érica exemplifica com uma situação na

qual uma criança necessitava ser matriculada em uma escola no meio do ano letivo. A família foi encaminhada ao Conselho Tutelar da respectiva região, o qual, sem acolher a família, argumentou que não havia mais vagas. Após retorno da família ao CREAS, foi realizado contato com a secretaria de educação, que matriculou a criança.

Quanto aos serviços da rede educacional, tanto o CRAS quanto o CREAS referem boas relações. No ano anterior à pesquisa, o CRAS fez um trabalho com mães e crianças do entorno sobre evasão escolar. No mesmo serviço, ocorreu no passado uma ideia de realizar um fórum com as escolas da região. Já estavam em processo de aprofundamento na concepção e planejamento, quando houve mudanças na gestão e foi solicitado que refizessem todo projeto.

No CREAS é referido contato cotidiano com as escolas do entorno, que são convidadas para eventos, palestras e atos, como o ato pelo Dia Nacional de Combate à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes (18 de maio). As escolas do entorno, tanto do CREAS quanto do CRAS, se referem àquelas mais próximas fisicamente dos serviços, e não de toda a área de abrangência, de modo que as escolas da Nova Nigéria não necessariamente estão incluídas neste contato mais cotidiano.

Em ambos os serviços, escolas mais distantes podem ser visitadas, quando é do interesse de algum caso específico. Os profissionais do CREAS referem que têm acesso facilitado a escolas públicas. Escolas privadas não permitem ou burocratizam o acesso (apresentação de ofício e outros). Érica refere caso de um pai abusivo numa situação de disputa de guarda, que orientou a direção da escola a não atender o CREAS. A escola acatou o pedido do pai e não permitiu sequer a entrada da equipe no prédio.

Quanto à relação com serviços da rede de saúde, os profissionais do CREAS afirmam que ocorrem principalmente em função da necessidade de psicoterapia de

muitos dos usuários acompanhados. Eva destaca que, em alguns casos onde é necessária psicoterapia, o atendimento é mantido no CREAS, pois “a rede é muito frágil. Não tem pra onde encaminhar. Não vou deixar a criança, o adolescente sem atendimento.”

Everton salienta que uma das principais dificuldades na realização do trabalho é a falha da rede de saúde mental em prestar um acolhimento imediato diante do momento agudo em que as famílias se encontram. Refere que “o que chega aqui são emergências psicológicas”, as quais a rede de atenção psicossocial tem falhado em atender prontamente. Eva concorda, referindo que “saúde mental, a gente encaminha, mas a gente sabe dos problemas da rede”.

Estimam que cerca de 2% das famílias atendidas tenham plano de saúde. Muitos pacientes nem vão aos serviços de psicologia, ou desistem diante dos entraves encontrados para conseguir um atendimento: “tem um quebra-mola enorme que a pessoa não consegue passar” (Érica, 30 anos).

Apesar das dificuldades em geral, mencionou um caso de sucesso, envolvendo a equipe de NASF da região estudada. Uma mãe de um bairro próximo ao estudado tinha transtorno mental e vinha sendo atendida em parceria pelo NASF e pelo CAPS. A assistente social do NASF, quando buscada pelo CREAS, o incluiu nesta parceria e facilitou as trocas entre os 3 serviços.

Houve poucos relatos de interação entre os serviços da assistência social e instituições da sociedade civil organizada. No CRAS, foi referida parceria entre a SEMPS e a ONG B, na prestação de serviço de convivência e fortalecimento de vínculos para adolescentes, porém sem envolvimento ou maior conhecimento por parte das próprias profissionais sobre o funcionamento deste. Os profissionais do CREAS também citaram brevemente o recurso a serviços filantrópicos para prestação

de psicoterapia em casos específicos, ambos localizados num dos seus bairros de abrangência, porém distantes do bairro estudado.

Quanto aos serviços de segurança pública e justiça, tanto os profissionais do CRAS quanto do CREAS os consideram bons serviços, porém com inadequações nos encaminhamentos. Elisa avalia que o Ministério Público “tem uma equipe boa, mas não faz um bom trabalho”. Exemplificou referindo o caso de uma idosa que necessitava da realização de curativo em domicílio e não era coberta pelo PSF, que foi encaminhado pelo MP ao CRAS.

Os profissionais do CREAS referem que o Ministério Público e as Varas da Infância e Juventude costumam realizar encaminhamentos formais através da SEMPS. Segundo Érica, as solicitações feitas por juiz vêm em geral com demandas específicas de visita domiciliar, relatório, acompanhamento ou psicoterapia. Conforme anteriormente discutido, esta última não está entre as atribuições do CREAS, porém, como as demandas são recebidas da própria SEMPS, os usuários são acolhidos e encaminhadas para outros serviços da rede pública, clínicas-escolas ligadas a faculdades ou serviços filantrópicos.

7.6 SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA

Conforme referido no capítulo de metodologia e reiterado pelos entrevistados, a Nova Nigéria é um bairro rico em iniciativas de arte e esporte voltadas para crianças e adolescentes. O bairro conta com múltiplas atividades, realizadas tanto por pessoas físicas, como o futebol de Osmar, a capoeira do mestre Olavo e a dança de Otávio, quanto jurídicas, como o projeto de música, a biblioteca comunitária e os diversos projetos das ONGs A e B. Atividades para crianças e adolescentes são oferecidas ainda, de forma mais intermitente, por grupos ligados à Universidade Federal da Bahia e pela Base Comunitária de Segurança.

A sociedade civil organizada pode ser representada na Nova Nigéria por 3 principais serviços visitados. O primeiro deles é uma Organização Não Governamental que estava realizando um dos seus projetos durante a fase exploratória da pesquisa (ONG A). O segundo, de iniciativa dos próprios moradores, é uma associação que administra uma biblioteca comunitária no bairro (ONG C/ Biblioteca Comunitária). E o terceiro é uma organização da sociedade civil localizada em um bairro vizinho, que oferece projetos de esporte, arte-educação, entre outros, além de apoiar algumas iniciativas da Nova Nigéria (ONG B).

Caracterização dos serviços

A ONG A tem cerca de 20 anos de atuação na área geral de direitos humanos, se dedicando mais nos últimos anos à defesa dos direitos das crianças e adolescentes. Tem uma ampla rede de parceiros nacionais e internacionais. Atua em 3 principais linhas: educação, trabalho e mobilização social. A instituição foi representada na pesquisa pela coordenadora da linha de mobilização social e cidadania, a psicóloga Olga (29 anos). Informações adicionais foram coletadas num espaço virtual da instituição.

A ONG A tem como missão a garantia dos direitos sociais básicos e o fortalecimento da sociedade civil, através da formação do cidadão. Entre os seus princípios, destacam-se a valorização da educação de qualidade e do saber produzido coletivamente através do exercício da cidadania ativa. Acreditam, ainda, na responsabilidade social como dever coletivo, que cabe a pessoas e instituições, através do exercício e da defesa dos direitos e construção da cidadania.

A organização é responsável por múltiplos projetos na cidade de Salvador, dentro das suas 3 linhas de atuação. Dentro da Nova Nigéria já foram realizados no período de 13 anos, 4 projetos, com resultados que se mantiveram ao longo dos anos,

mesmo após o fim das respectivas ações, como as cooperativas e a Biblioteca Comunitária.

O projeto específico da ONG A que a fez uma instituição relevante para a pesquisa foi o grupo de discussão com crianças da Nova Nigéria, facilitado por Olga e mais uma psicóloga. Embora não fosse o foco inicial do grupo, o tema de discussão foi o uso de castigos físicos na educação de crianças e a sua proibição pela Lei Menino Bernardo (Lei 13010/2014).

Era um projeto que tinha uma perspectiva bem livre, né. De metodologia, assim, de brincadeiras livres, da ocupação do espaço público, de tá ali na praça. E a criança que quisesse chegar, chegava, a criança que quisesse sair, saía. [...] Só que aí, com o passar do tempo, a gente sentiu a necessidade de tá aprofundando a discussão com essas crianças, né. No que se refere à participação infantil, no que se refere à defesa dos seus direitos, delas também pensarem seus direitos, pensarem seu bairro, né, e que lugar ela ocupa ali. E aí a gente criou uma proposta de uma conversa, né, de um grupo. (Olga, 29 anos)

A ONG B está em atuação há cerca de 15 anos. Tem sede em um bairro próximo à Nova Nigéria e trabalha com crianças e adolescentes de bairros circunvizinhos. Apresenta como missão o desenvolvimento de atividades de promoção da assistência social para os mais necessitados, destacando o protagonismo do usuário. Seus núcleos abarcam atendimento e promoção da saúde, arte, esporte e cidadania, segurança alimentar, serviço social, orientação jurídica, entre outras. A organização foi representada na pesquisa por um dos seus diretores, Orlando (23 anos), estudante universitário. Dados adicionais foram coletados num espaço virtual da instituição.

Orlando refere que num primeiro momento os projetos eram voltados para adolescentes e jovens, porém no período muitos passaram a se envolver o tráfico de drogas e abandonaram o projeto. A diretoria decidiu, então investir em atividades para crianças mais novas: “E aí acabou que a gente teve que mudar nossa área de atuação.

Porque se você não tem jovem pra trabalhar, tem que fazer uma ação voltada pra outro público”, destacando que “pelo menos a gente pode agora trabalhar essa prevenção, né”.

O principal projeto da ONG B no período da pesquisa eram as oficinas de arte-educação e esporte. Os objetivos da oficina são descritos por Orlando como mais amplos do que o aprendizado de um instrumento ou dança

E assim, os nossos objetivos com a nossa oficina, não é querer que aquele menino saia daqui um profissional. A nossa meta é trabalhar a consciência cidadã dele. Com valores, com princípios, com conceitos, né [...] Porque a partir da arte é que ele vai se expressar, a partir da arte que ele vai dizer aquilo que ele é, aquilo que ele sente, aquilo que ele percebe, a visão que ele vai ter do mundo.

Como parte deste projeto ocorre ainda acompanhamento escolar (pedido de relatório das escolas, para acompanhar notas e frequência) das crianças e adolescentes cadastrados, assim como um grupo de mães organizado pelo serviço social com o objetivo de “trabalhar um aspecto de conscientização familiar” (Orlando, 23).

Os valores da instituição são transmitidos não apenas através das oficinas, mas de todas as atividades da ONG B com crianças, adolescentes e suas famílias, como visitas a faculdades, teatros, cinemas, entre outros. Nestas atividades, o “bom comportamento” é reiterado e cobrado dos jovens, na forma orientações gerais ou de cobranças diretas que incluem até as suas vestimentas, conforme exemplifica a fala a seguir

Então a gente sempre tem dialogado “olhe, gente, aprendam a se comportar, entendeu. O comportamento é o cartão-postal de vocês”, “aprendam também que importante a gente ouvir o outro. A gente tem um momento que a gente vai ter um momento de aula, mas também que a gente tem que ser sério”. “Quando entrar no outro espaço, tem que se comportar de acordo com o espaço”, “respeitar as regras de convivência”, né. Ao vestuário. Porque ainda assim, as meninas ainda vêm com a cultura, né, de tá vestindo esses shortinhos curtos. De não

tarem de fato se preocupando com essa incitação que a gente vive de violência, né. (Orlando, 23 anos)

A Biblioteca Comunitária foi inaugurada há 10 anos, idealizada, organizada e gerida por jovens da Nova Nigéria. Contava, no período da pesquisa, com apoio técnico e financeiro da ONG A e do Instituto CeA, tendo realizado a partir desta parceria dois projetos, aplicando recursos de dois editais da prefeitura de Salvador. É administrada pela ONG C, criada por jovens do bairro com o objetivo principal de monitorar e expandir a biblioteca. A instituição foi representada na pesquisa pela professora, conselheira municipal de saúde e líder comunitária Olívia (53 anos), e pelo coreógrafo, bailarino e educador popular Otávio (34 anos) ambos membros da ONG C. Informações adicionais foram coletadas num espaço virtual da instituição.

A biblioteca comunitária surgiu a partir de um dos projetos da ONG A, em 2005, conforme explicou Otávio

Eu fui um dos fundadores disso aqui, da biblioteca comunitária, por causa de um programa do governo federal, e que a ONG A era uma instituição âncora [...] E aí, através disso, tinha 100 horas de trabalho comunitário que a gente precisava dar [...] e aí os coordenadores e professores falaram dessa coisa que a gente tinha que fazer na comunidade, das ações, que cada jovem que fosse ou não da comunidade da Nova Nigéria tinha que fazer. [...] a gente queria fazer o asfalto, a gente queria fazer a quadra, a gente queria fazer uma biblioteca, a gente queria fazer 2 andares em cima da Escola Comunitária, transformar em uma escola de ginásio. E aí a coordenadora sentou e fez bem assim, ó “vamos sentar e ver o que é realidade e o que é sonho?” [...] a gente sentiu a necessidade de realmente cair em um ponto só e ver o que é que era melhor pra a comunidade. [...] E aí a gente sentiu a necessidade de fazer a biblioteca comunitária (Otávio, 34 anos)

Na fase de realização do projeto da biblioteca, assim como nos seus anos iniciais, a ONG A apoiou os jovens. Porém, quando foi finalizado o período de tutela da ONG A, os jovens se juntaram a líderes comunitários mais experientes e formaram a ONG C, que passou a gerenciar a Biblioteca.

No período da pesquisa, as atividades da biblioteca envolviam empréstimo de livros a toda a comunidade, contação de histórias para crianças dentro da biblioteca e na Escola Comunitária, e uma Cinoteca, com apresentação semanal de filmes escolhidos para o público infantil.

A Biblioteca Comunitária era ainda um espaço onde ocorriam as aulas de capoeira do mestre Olavo e as aulas da companhia de dança de Otávio. Destaque é dado à companhia de dança, iniciativa de Otávio incentivada pela ONG C, que proporcionava a adolescentes e jovens de diversos bairros educação para arte e política, além de viagens para apresentações e oficinas em outras cidades do estado.

Enfrentamento da violência

Entre as organizações da sociedade civil que fizeram parte da pesquisa, a ONG A foi a que teve maior contato com a realidade da violência contra a criança no bairro. Conforme observado pela pesquisadora e reiterado pela entrevista com a coordenadora, as conversas das crianças sobre a Lei Menino Bernardo demonstravam um uso amplo da violência pelos pais, apoiada inclusive pelas próprias crianças.

Porque elas mesmas falavam “não, minha mãe me bate, mas tem que bater mesmo, porque eu saio, eu saio sem falar, porque eu sou ousada, e tal”. Então elas defendiam. E também elas levavam essa discussão pra casa, assim. E aí vinham com os comentários “ah, minha mãe disse que tem que bater mesmo, tem que bater mesmo”. E aí começou toda uma reflexão, será que é necessário mesmo a educação tá vinculada com os castigos físicos, né? (Olga, 29 anos)

Ainda de acordo com Olga, foi possível observar entre os participantes que “90% daquelas crianças são educadas com muita violência. Muita violência. Com xingamentos, com castigos físicos”. Destaca, além da violência física, a negligência presente em muitas famílias do bairro “é uma criação que é negligenciada. Além de

eu cuidar com muita violência, eu negligencio cuidados, eu deixo você solto... ou trancado em casa sozinho, ou solto na rua” (Olga, 29).

A negligência também é observada entre as crianças da ONG B por Orlando (23), que destaca o fato de algumas crianças chegarem às aulas com sinais de higiene deficitária ou necessitando de cuidados de saúde, além daqueles que, ainda na primeira infância, circulam pelo bairro sozinhos. Entre os casos referidos por Orlando como os mais difíceis estão os de crianças com problemas psicológicos e neurológicos sem acompanhamento, interpretados pelo educador como fruto da irresponsabilidade dos pais

Mas tivemos casos, assim, surpreendentes, né. De mães saberem que seus filhos tem problemas psicológicos e mandar pra um passeio. Imagine, uma criança de 6 anos pegar a outra na piscina e tentar afogar a criança. E a gente desesperado [...] fui conversar com a mãe do menino: ‘ah, mas eu sabia que ele era assim, ele sempre deu esse trabalho’. [...] Então a gente vê também essa omissão, essa irresponsabilidade de um pai, de uma mãe, de saber que tem esse problema com o filho, né. Que ele não consegue interagir com outras crianças, e mesmo assim, prefere mandar pra poder se livrar da responsabilidade, do que tá ali buscando um órgão competente. (Orlando, 23)

Na Biblioteca Comunitária, os membros da diretoria entrevistados pontuam que não têm conhecimento de casos de violência de pais contra crianças que frequentam a biblioteca. Olívia atribui isto ao fato da maior parte das ações naquele espaço serem pontuais, sem um acompanhamento contínuo que dê aos profissionais maior acesso ao cotidiano das crianças. Como moradores do bairro, porém, os entrevistados observam a exposição das crianças e adolescentes à violência urbana e o trabalho infantil como grandes problemas.

Na ONG B, a principal forma de violência observada, de acordo com o entrevistado, é entre as crianças e adolescentes participantes dos projetos. A rivalidade entre bairros faz com que as crianças troquem agressões verbais entre si,

caracterizadas pelo educador como “violência psicológica”: “As que moram aqui em cima acham que são melhores do que lá de baixo, faz aquele juízo de valor que eles são mal educados, né”.

A rivalidade entre as crianças também é observada por Olívia e Otávio. No caso da biblioteca é entre crianças moradoras dos diferentes territórios da própria Nova Nigéria. As crianças dividem os espaços onde ocorrem as atividades, porém as brincadeiras e “alfinetadas” de uns com os outros faz com que os educadores envolvidos estejam sempre alerta, conforme refere Olívia, “tem que ficar muito atento”.

Orlando refere ainda que as rivalidades levadas de outros espaços para dentro do projeto culminam em agressões físicas entre as crianças

A gente tem crianças que, quando a gente traz no projeto aqui, são super agressivas. Agridem, ne, tem aquela questão de tá numa perspectiva... tá numa perspectiva que reproduz aquilo que ela vive na escola. E fora também os conflitos que são trazidos do ambiente escolar. Por elas morarem aqui mais perto, frequentarem a mesma escola. Tem casos que a gente pega de que eles brigam na escola, e quando chegam no projeto, se encontram naquele horário do projeto, quer descontar, quer brigar dentro do projeto. (Orlando, 23)

Na percepção dos representantes da sociedade civil organizada entrevistados, concordando com o referido pelas conselheiras tutelares, a estrutura e dinâmica familiar têm um importante papel na violência contra as crianças, sendo a matrifocalidade e o uso abusivo de drogas duas condições comumente associadas aos casos observados.

Muitas crianças viviam ali sem a presença do pai, da figura paterna. Então eram criados ou pelas avós, ou pelas mães, tias. Mas a maioria eram criadas por mulheres, poucas tinham a referência paterna. E aí, elas... essas mães, na verdade, elas, muitas faziam uso abusivo de álcool e de outras drogas... crack. E aí já viu, né. Como é que vira uma bola de neve. (Olga, 29 anos)

Diante desta observação, a coordenadora da ONG A reconheceu que uma limitação do projeto foi não ter alcançado os pais com um grupo específico, embora

tentassem intervenções junto às famílias quando iam buscar as crianças em casa para a atividade.

A importância da família na prevenção de comportamentos violentos entre as crianças também é observada por Orlando, afirmando que, apesar dos valores de não-violência, diálogo e cultura de paz que tentam ser transmitidos pelos educadores nas aulas, valores familiares divergentes podem anular este esforço

Porque quando vai nesse quesito de violência mesmo, a gente percebe que tem bastante interferência da relação familiar. E que essa estrutura reflete muito no comportamento da criança. E que as vezes você dá uma orientação aqui à criança. E quando chega em casa, que a criança tenta até falar pro adulto aquilo ali. A família acaba que descaracteriza todo o seu discurso e coloca abaixo. 'Ah, aqui quem manda sou eu'. Então a criança fica meio que desnorreada, né. (Orlando, 23 anos)

As escolhas de intervenções entre os representantes das diferentes organizações estão de acordo com a percepção que têm da violência. No grupo de crianças da ONG A, segundo a coordenadora, não foram identificados casos de violência extrema, apenas o uso habitual de castigos físicos. Porém, alguns casos se destacaram pela intensidade da negligência sofrida e seus efeitos, gerando nas educadoras a necessidade de intervir diretamente

Tinha um menino lá que nos chamava muita atenção. [...] Ele já falava todos os palavrões que você imaginar, com 4 anos de idade. Era extremamente agressivo... Era um menino que a gente tinha muito receio do futuro dele. Que futuro a gente espera de uma criança que com 4 anos já te xinga, já te bate, não tem respeito? [...] E aí, nesse caso... ele era também fruto de uma mãe que já tinha vários outros filhos. O pai ausente, a mãe que criava, a mãe é usuária de crack. Ela sempre teve muito presente, mas ela mesmo reconhecia essas limitações, né, essas fraquezas dela. E parece que ela fazia uso na frente dos meninos. Coisas que a gente nem conseguia ter acesso. E aí, nesse caso específico, a gente abriu, outra colega que era Olinda, ela atendia, ela tinha um consultório. E ela abriu a tá atendendo esse menino, essa família, na verdade. A ela e a criança. Foram tentativas sem sucesso, porque a gente falava "ó, tem que levar ele, é tal dia, é tal hora", mas ela não ia, ela tinha uma resistência muito grande. (Olga, 29 anos)

De acordo com a coordenadora, a mãe descrita no caso não aderiu à terapia e não foram realizadas outras abordagens de proteção à criança. Outras intervenções sobre a questão da violência geradas ao fim do grupo foram uma enquete realizada pelas crianças com adultos do bairro sobre uso de castigos físicos, um jingle e uma campanha sobre a violência contra a criança e a Lei Menino Bernardo.

Um ponto destacado pela coordenadora foi o fato dos respondentes da enquete apresentarem posições contrárias ao uso do castigo físico, apesar das crianças e os próprios adultos o referirem inicialmente como algo comum no bairro. Isso pode significar que, para efeito de reflexão e difusão da cultura de não-violência, o grupo teve algum sucesso, uma vez que os adultos se abstiveram de defender o uso do castigo físico na fase final do grupo.

Ao contrário da ONG A, a ONG B mantém uma relação constante com as famílias, com acompanhamento escolar, visitas domiciliares quando necessário e algumas intervenções pontuais voltadas a aspectos do cotidiano familiar

As vezes tem que tá conversando “olhe, gente, vem pra cá de manhã, vamo tomar um banho”. Porque tem crianças que chegam lá com odor de mijo, com odor muito forte. A gente senta, conversa “cadê os pais, cadê as mães que não olham isso”. [...] A gente vem “gente, corta o cabelo de seu filho. Gente, olha isso, olha a unha. Olha com quem seu filho tá andando. Tá indo pra escola mesmo?” (Orlando, 23 anos)

As intervenções junto aos pais, segundo Orlando, são difíceis, pois “o pai ou a mãe não quer ouvir queixa da criança. Não quer entender que criança dá trabalho, não quer entender também que criança tem suas individualidades, e singularidades também que merecem ser respeitadas”. Nos casos específicos de violência entre crianças do projeto, referida como principal problema, a intervenção envolve estímulo à reflexão das crianças, e encaminhamento ao serviço social da ONG, conforme descreve Orlando

Uma criança bateu na outra, a gente vai sentar, conversa... tenta dialogar com a criança, tenta dialogar com a família. [...] Então ó, liga, explica “ó, aconteceu isso, isso, e isso. Eu conversei com seu filho. Ele agrediu o coleguinha, pedi pra poder tirar ele da atividade, fiz ele refletir um pouquinho. Passei essa e essa tarefa pro seu filho, pra poder ele aprender que tem que ter disciplina, tem que ter comportamento”. E quando a gente não consegue, aí vai, pede pro serviço social fazer uma visita domiciliar, explicitar o caso, conversar. (Orlando, 23 anos)

Este tipo de abordagem às famílias já é vista com reservas pela direção da Biblioteca. Conforme Olívia cita repetidamente, o seu status de moradora da área faz com que ela busque se proteger de enfrentamentos diretos com as famílias, além de perceber esta atitude como arriscada para a criança. Têm, porém, uma atitude similar à ONG B no que tange ao trato direto com a criança violenta, conforme refere Olívia

Imagine se eu começo a trabalhar, a dizer pras mães que a criança dela é violenta, que ela precisa tomar alguns cuidados, ela vai tirar a criança de vir aqui. Então eu tenho que trabalhar minha criança. Eu quero que a criança continue vindo. Então eu tenho que tá desenvolvendo o cuidado aqui dentro. E até passando informações pra a criança, o que pode e o que não pode. A biblioteca também faz esse papel. (Olívia, 53 anos)

Quando identificado que o problema de comportamento apresentado pela criança pode estar vinculado a um aspecto psiquiátrico ou neurológico, a ONG B encaminha para serviços de saúde parceiros para avaliação

A gente encaminhou “olhe, seu filho só vai voltar pro projeto quando ele passar por uma avaliação, pelo neurologista pra saber o que de fato ele tem, pra saber se precisa de alguma medicação. Mas nesse momento não dá pra poder ele continuar, porque a gente não tem condições nem profissionais suficientes pra poder tomar conta do comportamento do seu filho” (Orlando, 23 anos)

É possível observar, desta forma, que as intervenções da ONG B são pautadas pelo disciplinamento e por condicionalidades impostas pela equipe da organização, incluindo a medicalização. Percebe-se uma forma mais autoritária de lidar com as famílias.

Um ponto a ser destacado é que, por lidar com moradores de diversos bairros diferentes, a ONG B apresenta iniciativas de integração das crianças. Conforme

descrito por Orlando, quando a ONG B passou a apoiar o projeto de capoeira do professor Olavo, as aulas passaram a ocorrer alternadamente em 2 bairros, fazendo com que as crianças circulassem e dividissem espaços umas com as outras. Em seu princípio, foram oferecidas às crianças fardas de cores diferentes para cada bairro, como forma de identificá-las. Porém estes foram re-significados pelas crianças para demarcar a rivalidade entre bairros: estas diziam que o azul e o amarelo (cores das fardas) não deveriam se misturar.

Apesar do problema no princípio da experiência, este foi percebido pelos educadores e corrigido com uma farda única, o que confirma o compromisso da organização com a integração e promoção da cultura de paz entre as crianças e adolescentes. Postura similar é observada nos educadores da Biblioteca, que procuram intervir diretamente nas situações de rivalidade presenciadas

Semana passada mesmo tinha um menino de lá que tava sentado aqui, nessa área de cá, e estava querendo bater no outro que estava passando com a bicicleta e estava olhando pra ele. Aí eu chamei o menino e conversei com ele, 'Não pode viver assim. Você não pode amar seu semelhante não?'. Conversei, tive um diálogo com ele, e aí consegui neutralizar (Olívia, 53 anos)

Conforme previamente referido, pela sua relação mais próxima com a comunidade, os educadores da Biblioteca têm algumas limitações na forma como intervêm em casos de violência. Ao tratar das possibilidades de intervenção diante das ocorrências de trabalho infantil que observa, Olívia pontua a responsabilização do denunciante pelo desenrolar do caso, de modo que “se você chama a mãe pra conversar, você tem um problema. Porque você não pode manter aquela criança, você não tá ajudando ela”.

Outro aspecto apontado é a segurança pessoal do educador ou líder comunitário que faz uma denúncia “quem mora em comunidade tem que evitar desconforto. Você tem que tá trabalhando de forma que você diminua esse tipo de....

esse tipo de violência, sem que você seja, seja você a pessoa responsável”. Neste sentido, a educadora evita denunciar ou agir diante de situações de violação dos direitos da criança que chegam ao seu conhecimento, preferindo orientar que os vizinhos liguem para o Disk 100.

Apesar das poucas intervenções individuais no que tange à proteção das crianças contra violações, a direção da biblioteca, assim como a coordenação da ONG A, entende que através das suas atividades o serviço consegue promover direitos. No caso da Biblioteca, a disponibilidade de um espaço seguro de lazer para crianças é uma resposta à violência, conforme descreve Olívia

Então assim, esse espaço também ele já colabora como não à violência. Porque a criança, quando os pais tiram essas crianças dos espaços apertados e manda pra a biblioteca, aqui elas têm a possibilidade de estar se locomovendo pra lá e pra cá, mexe com uma coisa, mexe com outra, brinca com um e brinca com outro. Eu penso que essa é uma forma da gente tá dizendo, é, contribuindo pra que diminua a violência na comunidade. (Olívia, 53 anos)

Observa-se, portanto, que as 3 organizações da sociedade civil que fizeram parte da pesquisa apresentam diferentes formas de perceber a violência e agir diante dela. Destaca-se o fato de apenas a ONG A, composta por profissionais “de fora” (não residentes do bairro), atribuir relevância à violência intrafamiliar contra crianças, porém sem intervenções diretas e expressivas.

Por outro lado, a ONG B é aquela entre as estudadas com mais intervenções diretas sobre os casos de violações de direitos das crianças, porém o faz através tentativas de controle de diversos aspectos da vida familiar e serviços nos quais as crianças transitam. As diferentes formas de atuar diante da violência contra a criança também pautam a relação das organizações com serviços da rede intersetorial, em especial o Conselho Tutelar.

A rede intersetorial

Cada uma das organizações aqui citadas mantém um tipo diferente de relação com o Conselho Tutelar. A ONG A, embora estivesse realizando uma intervenção social tendo como foco os direitos das crianças, não estabeleceu aliança com os moradores do bairro que eram conselheiros tutelares na época. Conforme refere Olga, esta foi uma das limitações do projeto

As vezes pra mim era muito dolorido, de chegar e tá ali, e saber que muito daquela realidade não ia mudar apenas com essa intervenção. Mas ao mesmo tempo, existe uma limitação que a gente não conseguia avançar, assim. Talvez se a gente tivesse feito um vínculo maior com o Conselho Tutelar, pra tá chegando mais perto.... mas isso no projeto não foi possível (Olga, 29 anos)

Questionada sobre a iniciativa dos conselheiros tutelares em acompanhar as atividades, a coordenadora da ONG A referiu que esta não ocorreu. A falta de aproximação do conselho tutelar com os serviços do bairro foi também uma das críticas feitas por Olívia, que marca a relação da Biblioteca com o Conselho.

A gente gostaria que eles fossem mais atuantes, não no sentido de punir, mas no sentido de estar observando as comunidades. Eu penso que eles deveriam agir assim. [...] Qual é o consultor imediato da população? É o conselheiro tutelar. Então ele precisa ter. São poucos os conselheiros, eu acho pouco pra a população de Salvador. E eles precisam estar mais perto, principalmente de alguns lugares que criança não deveria estar em determinados horários. E não deixar isso sob a incumbência da população, dos moradores. (Olívia, 53 anos)

No caso da Biblioteca, essa expectativa de atuação do conselho era ainda maior, devido à preocupação anteriormente referida dos educadores populares moradores do bairro não se sentirem seguros em denunciar os casos que chegam ao seu conhecimento. Neste sentido, Olívia revelou o plano de convidar conselheiros tutelares para eventos futuros da biblioteca, como forma de aproximá-los da realidade das crianças da Nova Nigéria.

A ONG B mantinha uma relação com o Conselho Tutelar totalmente diversa das outras organizações. Conforme relato de Orlando, diante de um problema entre dois dos participantes das oficinas,

A gente teve que encaminhar pro Conselho Tutelar pra poder os pais também terem um tipo de, né, de fiscalização desses órgãos. [...] pra poder intimidar e chamar a responsabilidade. De falar “olha, tem que acompanhar os seus filhos. Tem que tá ali vigilante. Tem que saber o que tá fazendo” (Orlando, 23 anos)

Esta expectativa da atuação do conselho como “intimidação” vai ao encontro de outras intervenções anteriormente referidas por Orlando, nas quais os profissionais ou órgãos mantêm com as famílias relações verticais e autoritárias. Outro dado sobre a relação da ONG B com o Conselho Tutelar foi trazido pela conselheira Cláudia, que referiu que eles encaminham casos, porém solicitam acesso às informações íntimas reveladas pelas famílias nas fichas de atendimento.

Entre os serviços de educação, as interações da ONG A e da biblioteca se limitam à Creche e à escola comunitária da Nova Nigéria, localizadas dentro do próprio bairro. A ONG B, devido à sua prática de acompanhamento escolar, mantém relação com numerosas escolas da sua área de abrangência, conforme explicita Orlando

Quando ele se matricula aqui, a gente pede essa escolaridade. E aí, assim que começa, abril, março, por aí. As escolas começam fevereiro, março, então a gente manda em abril, maio, né. Pra fazer esse diagnóstico da primeira unidade. Pra saber como é que tá, se tá faltando muito, comportamento dele. [...] Faz um ofício, explicando o que é o projeto, quais são nossas ações. Entregamos lá [na escola], conversamos com a coordenação pedagógica, e damos um prazo de 15 dias úteis pra poder ir lá buscar. Quando a gente volta, a gente tem essa resposta. (Orlando, 23 anos)

No que tange ao setor saúde, o mesmo fenômeno se repete. As interações da ONG A e da Biblioteca com os serviços de saúde são nulas, porém a ONG B apresenta parcerias com múltiplos serviços. Entre os parceiros destacam-se dois serviços filantrópicos: o Serviço Neurológico (SN) e um com múltiplas especialidades. O primeiro disponibiliza vagas entre os seus atendimentos para as crianças encaminhadas pela ONG B. O segundo disponibiliza uma vez por mês clínico, pediatra, ginecologista e nutricionista para atendimento na própria sede da organização.

O estabelecimento e a manutenção das parcerias depende de uma cuidadosa escolha das famílias encaminhadas, conforme refere o representante da ONG B

A gente sempre procura selecionar aqueles pais que a gente sabe que vão tá acompanhando. Porque, né, pra acabar não tendo nenhum tipo de constrangimento com nosso parceiro. Porque se eles abrem 20 vagas pra um atendimento desses, na hora eu boto 10 pais que não vão levar os filhos, aí é um prejuízo, né, porque acaba que a gente queima um cartucho. (Orlando, 23 anos)

A relação com as Unidades de Saúde da Família dos principais bairros de atuação, porém, é menos expressiva. Segundo Orlando, já houve parceria entre a organização e a USF do bairro anteriormente, porém com mudanças na gerência e o fechamento do conselho local de saúde tais interações cessaram.

No que tange aos serviços de assistência social, a ONG B se relaciona com o CRAS tanto como receptora quanto encaminhadora. O CRAS encaminha crianças para as atividades da ONG B e a organização encaminha famílias ao CRAS para cadastro no bolsa-família. A relação, de acordo com Orlando, tem divergências, pois “a gente entende que o CRAS poderia fazer muito mais que a gente. Que ele é um órgão municipal, mas infelizmente faz pouco. Mas a gente sabe também que a ainda falta alguma estrutura, né, aos CRAS”.

A Biblioteca também mantém relação com o CRAS que atende o bairro, porém não identifica necessidade de encaminhamentos. A relação é útil porém para mediação do acesso de outros serviços do bairro ao CRAS, conforme descreve Olívia

Aqui na biblioteca não, mas aqui no judô [realizado na Base Comunitária] sim. Aqui os policiais eles, quando eles detectam esses problemas, eles ligam pro CRAS e vem. Nós somos até amigas da menina lá do CRAS. [...] O policial veio me perguntar se eu tinha contato com o CRAS e tal. Aí eu passei. Entrei em contato com a menina do CRAS, passei os contatos também pra eles.

No que tange aos serviços de segurança pública, a Base Comunitária de Segurança é a principal referência, permeando de alguma forma as atividades das três ONGs. Conforme observado na fala acima, a relação da ONG C e da Biblioteca

com a Base era de trocas importantes com apoios pontuais nas duas vias. A Base buscava apoio dos integrantes da ONG C, como representantes comunitários que eram, e a ONG C contava com auxílio da Base, especialmente para a realização de eventos no bairro, como observa Otávio

Todas as Bases Comunitárias, ganham um benefício na SUCOM, onde você, tendo o aval da Base Comunitária, você não vai mais na SUCOM [solicitar autorização para realização de eventos]. [...] se tiver realmente fechado com a Base, e eles baterem o martelo no evento, aí você não precisa ir lá [na SUCOM]. E aí você tem que realmente convencer o capitão que vai dar certo. [...] Então, a Base apoia muito os eventos culturais, sabe. Eu faço dança, eu faço desfile de moda, essas coisas. (Otávio, 34 anos)

O educador refere ainda que a Base contribui com brindes para os eventos e concursos organizados pela ONG no bairro. A outra educadora da Biblioteca, que acompanhou o processo de implantação da Base, reitera esta parceria, salientando porém, a necessidade de separar sua relação com a comunidade da relação com a Base

Também não trago informação e lá pra cá, nem levo daqui pra lá. O que eu ver na comunidade, eu vi lá, lá ficou. Se eu passar ali, tá o cara armado, problema dele. Ele tá armado, eu não vi. Se aqui na frente eu encontrar o policial e ele perguntar “você viu...”, “não, vi não. Eu não vi não”. Porque quem tem que fazer o trabalho dele é ele, não sou eu. [...] eu já não gosto muito de entrar em base, porque toda vez que a gente entra ali, alguém tá nos olhando. Isso é fato. (Olívia, 53 anos)

As ONGs A e B mantinham relações ambivalentes com a Base. As duas organizações eram fortes críticas da Base e do seu processo de instalação, considerando que não cumpriu com as expectativas. Porém as ONGs mantinham relações “diplomáticas” com a Base, conforme demonstram os relatos de Olga e Orlando

A Base Comunitária, a gente não tinha uma relação tão estreita, assim, mas também não era uma relação tão ruim. Era uma relação... era uma relação, né? [risos] Quando a gente tinha um, por exemplo, a gente tinha um evento pra fazer, a gente sempre convidava a Base Comunitária. Essa aproximação também não se deu muito por uma pesquisa que a gente tinha feito anteriormente, onde a Base foi muito criticada. (Olga, 29 anos)

Porque a Base aqui, praticamente... Inicialmente governo veio com a proposta de trabalhar essa questão de unificação do morador com o policial. Mas infelizmente, a gente vê hoje em dia que a base não somou muito com a comunidade, né. [...] Então, a gente sempre, quando tá fazendo atividades, né, sempre a gente comunica, né. E um vai referenciando o outro, né. [...] Mas a gente não tem nenhuma proximidade de tá sempre um no espaço do outro não. (Orlando, 23 anos)

Todos os entrevistados reconheceram, porém, o papel da Base Comunitária na redução das mortes violentas dentro da sua área de abrangência, além da sensação de segurança dos moradores, que passaram a circular mais no bairro. Olívia destaca ainda o fato de a segurança para circulação das crianças pelo bairro ter estimulado a participação destas nos múltiplos projetos sociais que ali ocorrem.

8 DISCUSSÃO

Após descritas as experiências familiares no cuidado a crianças com história de violência intrafamiliar e caracterizados os serviços de proteção social e saúde nos capítulos precedentes, os próximos tópicos retomam os demais objetivos e discutem os resultados apresentados à luz dos conceitos-chave escolhidos e de achados de outras pesquisas.

8.1 PROCESSOS DE RESILIÊNCIA NOS CONTEXTOS ECOLÓGICOS DAS FAMÍLIAS

Neste tópico, procura-se discutir processos de resiliência, risco e proteção nos contextos das famílias estudadas, utilizando as noções de *Contextos de Desenvolvimento* (BRONFENBRENNER, 1996), bem como mecanismos de risco e proteção (UNGAR, 2013; RUTTER, 2012). Os contextos de desenvolvimento das famílias participantes foram representados na figura 8.

Considerando que microssistemas são ambientes onde o sujeito estabelece interações face-a-face cotidianamente (BRONFENBRENNER, 1996), as crianças da Nova Nigéria têm como *microssistemas* principais a família e a escola. Algumas podem ter como microssistema também um serviço de saúde, como é o caso de Valentina no SN ou um espaço de esporte ou arte extra-escolar (ONG B, Biblioteca, futebol de Valter, judô da BCS). Destaca-se que a multiplicidade de microssistemas já é considerada um fator positivo do ponto de vista desenvolvimental (BRONFENBRENNER, 1996).

Os principais fatores de risco observados nos microsistemas familiares estudados foram famílias monoparentais; gravidez na adolescência; pais com história de abuso anterior; estresse familiar por saúde e problemas financeiros; baixo nível de escolaridade; presença de alcoolismo; e habitat sem privacidade íntima (KOLLER; DE ANTONI, 2004). Foi possível compreender a atuação desses fatores como mecanismos de risco no caso da monoparentalidade, da gravidez na adolescência e no estresse familiar por saúde.

A monoparentalidade e a gravidez na adolescência, presentes em quatro das cinco famílias estudadas, estavam quase sempre associadas à negligência em relação às crianças, por sobrecarga dos poucos adultos disponíveis (mãe e/ou avó). Entretanto, se faz necessário destacar que a família em que mais se observou violência física (Viana), conforme as entrevistas, foi aquela que contava com pai e mãe no domicílio e sem histórico de gestações na adolescência. Isso sublinha a importância de analisar os supostos fatores de risco em conjunto e à luz dos mecanismos subjacentes.

Em relação ao estresse familiar por saúde, ele esteve presente nas famílias Viana, Dias, Silva e Ribeiro, ora nos adultos responsáveis ora nas crianças. Quando o problema de saúde, física ou mental, era do adulto, era apresentado como gerador das agressões físicas (Viana) ou negligência (Silva) contra as crianças. As crianças, que apresentavam principalmente problemas neurológicos ou psiquiátricos, eram objeto de frustração dos pais e cuidadores, com uso de violência como alternativa de controle, convergindo com os achados de De Antoni, Barone e Koller (2007) sobre crianças com necessidades especiais.

Quanto aos fatores de proteção, foram observadas práticas disciplinares de conscientização; afetos positivos, expectativas para o futuro, amor, amizade, bom

humor, otimismo; estímulo à formação e ao bom desempenho (DE ANTONI; KOLLER, 2010; DE ANTONI; BARONE; KOLLER, 2007; KOLLER; DE ANTONI, 2004). Necessário destacar que as práticas disciplinares de conscientização se mostraram presentes em diversos relatos das famílias, porém não eram exclusivas, sendo alternadas com práticas punitivas. Portanto, conforme discutido por Rutter (2012), é necessário observar o tempo de exposição a determinado fator de proteção, para que tal componente do processo ocorra de fato.

As escolas são o segundo microssistema mais frequente entre as crianças das famílias estudadas, considerando que apenas duas das crianças não estavam em idade escolar. Entre as outras, apenas duas das adolescentes não frequentavam a escola. Sobre os processos de resiliência no microssistema escolar, observa-se que estes espaços proviam às crianças estímulos à não violência e à cultura de paz.

As intervenções dos profissionais da escola no sentido de oportunizar a recuperação dos maus tratos pelas crianças, importante mecanismo de proteção apontado por Ungar (2013), foram pouco observados nos relatos das famílias e dos profissionais. Destacam-se as intervenções escola-família, já no nível do *mesossistema*, que se apresentaram como mecanismos de proteção, na forma de apoio instrumental para as mães entrarem em contato com outros serviços (família Dias) ou apresentando práticas parentais alternativas ao castigo físico (família Matos).

Ainda no nível do *mesossistema* (inter-relações entre diferentes microssistemas), foram destaque as relações família-SN e escola-ONG. A relação da família Nunes com o Serviço Neurológico (SN) originou o acesso de Valéria a consultas neurológicas, além de orientações sobre formas de lidar com a filha. Pode ser compreendido como um mecanismo de proteção diante do risco de violência

intrafamiliar, uma vez que Valéria referiu melhora da sua relação com a filha, porém não foi o suficiente para cessar os episódios de violência contra a criança.

A relação entre as escolas e ONGs ou outros serviços que proviam atividades extra-escolares para as crianças foi referida por entrevistados de instituições ao longo da pesquisa, porém não tinha como objetivo a proteção das crianças contra violências. Bronfenbrenner (1996) destaca como indicadores da qualidade das inter-relações entre diferentes microssistemas a compatibilidade de exigências, confiança mútua e consenso de objetivos entre os contextos. Tais características foram observadas de maneira incipiente nas relações escola-ONG, e não apareceram na relação família-escola. Nesse sentido, apesar de serem múltiplas, as inter-relações de microssistemas não sugerem configurar, efetivamente, mecanismos de proteção.

No contexto dos *exossistemas*, (ambientes que não envolvem diretamente criança, mas afetam o seu desenvolvimento), foi possível observar uma grande quantidade de dispositivos de saúde, sociais, educacionais, de segurança, esporte e lazer. A perspectiva das famílias acerca do entorno comunitário oscilou entre a representação da Nova Nigéria como “bairro mãe” e como localidade perigosa.

A percepção de perigo parece independe da quantidade de mortes violentas no bairro, que era reduzida antes da implantação da BCS e nula no período do início da pesquisa. O fenômeno foi definido pelo representante da BCS como “pressão psicossocial”, e era expresso também pelas famílias, atrelado à divisão do bairro entre norte e sul por grupos de traficantes rivais.

A violência comunitária limitava o acesso das crianças às áreas de lazer do bairro e mesmo a dispositivos básicos, como escola, creche e USF. Esta restrição era ainda mais grave para as famílias do lado norte, uma vez que os recursos sócio-sanitários encontravam-se do lado sul. Apenas as ONGs levavam algumas das suas

atividades para o lado norte da Nova Nigéria, como forma de oportunizar maior participação das crianças.

Há expressiva quantidade de dispositivos sócio-sanitários dentro da Nova Nigéria e no seu entorno, com marcada participação de instituições da sociedade civil nos setores de educação e saúde (Escola Comunitária, Serviço Neurológico e Serviço Comunitário). De acordo com o observado em alguns estudos sobre mecanismos de proteção e resiliência (MRAZEK; MRAZEK, 1987; KOLLER; DE ANTONI, 2004; YUNES; MIRANDA; CUELLO, 2004), a mera existência desses recursos já seria um fator de proteção para as crianças da Nova Nigéria.

O observado na pesquisa, porém, sugere que a simples existência dos dispositivos não opera necessariamente mecanismos de proteção para as crianças. Notam-se questões relacionadas ao acesso das famílias aos serviços, muitas vezes burocratizado, e à capacidade e disposição dos profissionais para intervir em situações de violência. Portanto, confirma-se aqui a perspectiva ecológica da resiliência defendida por Ungar (2013), que pontua como importantes tanto a existência dos recursos ambientais quanto a capacidade dos seus profissionais de proverem intervenções que favoreçam a recuperação da criança diante dos maus tratos.

Foi frequente a constatação de medo dos profissionais de intervirem em situações de violência contra crianças, principalmente no setor educacional e entre alguns participantes da sociedade civil. Nos dispositivos de saúde, este receio não era relacionado ao risco de sofrer represálias dos agressores, mas de distanciar a criança e a família do serviço. As formas de lidar com a violência contra a criança foram observadas por pesquisas anteriores com profissionais do setor educacional (BAZON; FALEIROS, 2013) e de saúde (NASCIMENTO, 2012; GOMES *et al*, 2002).

Nas instituições da sociedade civil, salientam-se atitudes diante da criança vítima de violência que vão da omissão à intervenção autoritária. Porém não houve elementos suficientes para inferir em quais circunstâncias essas diferentes posturas favoreciam mecanismos de risco ou de proteção.

Considerando que *macrossistemas* dizem respeito às concepções culturais sobre violência e às Políticas Públicas (BRONFENBRENNER, 1996), as crianças da Nova Nigéria têm no seu contexto tanto influências culturais produtoras de proteção quanto de riscos, além de políticas voltadas para a sua proteção nos diversos setores. As famílias estudadas apresentaram, por um lado, algumas concepções sobre direitos das crianças consoantes com o ECA, compreendendo espancamentos, evasão escolar e privação de liberdade dos menores como práticas não aceitas e passíveis de punição. Por outro lado, é evidente entre as famílias, embora em níveis diversos, a aceitação cultural de punição corporal e naturalização/ banalização da violência (KOLLER; DE ANTONI, 2004).

No que tange às políticas públicas, destaca-se a existência do ECA, do PSF e do *Programa Bolsa Família*. Os três apresentam como proposta geral ou em aspectos específicos, a priorização das crianças e adolescentes nas suas ações, e são potenciais fatores de proteção diante de situações de violência (KOLLER; DE ANTONI, 2004; UNGAR, 2013). Na prática, porém, a atenção às necessidades sociais e de saúde das crianças não é realizada em consonância com os objetivos das políticas, devido a falta de recursos, de articulação interinstitucional e intersetorial, ou burocratização do acesso.

Um bom exemplo é o repetido relato das famílias de como tiveram seu acesso ou cadastramento no *Programa Bolsa Família* negado por questões como perda de documentos, mudança de endereço e atraso na entrega de comprovante de

frequência pela escola. As condicionalidades impostas às famílias para cadastramento ou recadastramento terminaram por burocratizar o acesso ao recurso e dificultar suas condições de sobrevivência.

Dessa forma, constata-se que a mera existência de recursos sócio-assistenciais e políticas públicas não se configuram como mecanismos de proteção eficazes, demonstrando a importância do acesso das famílias a esses e das intervenções realizadas. Pesquisas posteriores, com foco mais específico nos serviços, com um maior número de famílias e com acesso a documentos referentes às intervenções realizadas em cada serviço (prontuários ou relatórios) podem indicar e detalhar os mecanismos de risco ou proteção bem como processos de resiliência subjacentes à atuação de cada órgão.

8.2 AS RESPOSTAS SOCIAIS ACESSADAS DIANTE DA VIOLÊNCIA: OS ITINERÁRIOS DE CUIDADO FAMILIARES

O presente tópico retoma as experiências das famílias no cuidado a crianças com história de violência intrafamiliar previamente descritas, e analisa os itinerários de cuidado que se delinearam diante destas.

As experiências das famílias entrevistadas demonstram que a violência naquele contexto não se limita às práticas intrafamiliares de adultos contra crianças. Foram destaques a violência comunitária, as agressões criança-criança entre irmãos ou vizinhos e as violências machistas contra mulheres. As distintas formas de agressão observadas relacionam-se entre si, sendo por exemplo a violência comunitária uma das justificativas das famílias para outras práticas abusivas contra crianças, como castigos físicos.

As duas principais formas de violência contra crianças foram a negligência e o abuso físico. Conforme exposto, das cinco famílias participantes da pesquisa, 3 sofreram intervenções do Conselho Tutelar por situações de negligência (uma delas somada à violência sexual sofrida pela criança), uma por violência física e uma por ocorrência de violência entre duas crianças. A primazia da negligência entre os motivos de denúncia ao CT concorda com o observado por Costa e colaboradores (2007) em Feira de Santana (BA) e por Milani e Loureiro (2008) em Maringá (PR).

As pesquisas de Carvalho e colaboradores (2009) e Barreto (2015), que se utilizam de dados provenientes da DERCA, do SIM, do SIH, do SINAN e do SGE, apresentam as formas físicas de violência como mais frequentes. Porém, esta diferença se deve ao amplo escopo de violências invisibilizadas por não ocasionarem consequências físicas graves, como hospitalização ou morte.

A negligência foi sempre atribuída pelas famílias a fatores sócio-econômicos, de saúde ou familiares, tais como a necessidade da mãe de sair para trabalhar, o abandono paterno, abuso de drogas, problemas psiquiátricos e gravidez na adolescência. As experiências de negligência contra crianças e as intervenções que as sucederam foram marcadas por surpresa e impotência, pois na quase totalidade dos casos não teria havido advertências ou orientações do Conselho Tutelar anteriores ao acolhimento institucional dos menores.

O abuso físico foi uma prática presente em todas as famílias, embora com intensidades diversas. Nos principais relatos familiares, aparece como recurso parental de controle, considerado como parte de uma boa educação. Os pais que fazem este uso da violência física não admitem que excedam em uso de força ou que causem danos às crianças. Outra significação da violência observada, embora menos comum, foi a sua associação a descontrole emocional e mau estado de saúde. Os

relatos neste sentido trazem agressões de maior intensidade e dano físico e emocional às crianças.

Os entrevistados reconheciam limites na aceitação social da violência contra crianças, diferenciando um tapa na mão de um espancamento, sendo o primeiro considerado aceito e o segundo passível de sanção. Era clara entre as famílias a associação entre espancamentos contra crianças e denúncias ao Conselho Tutelar. Destaca-se a compreensão de que algumas práticas negligentes ou abusivas utilizadas em gerações anteriores, tais como acesso irrestrito das crianças à rua, evasão escolar e abandono de incapaz, não seriam socialmente aceitas e precisavam ser revistas. Tal compreensão converge com as observações de Martins e colaboradores (2007), que a consideram fator de proteção contra violências futuras.

No itinerário de cuidado a crianças entre as famílias estudadas, tem destaque três momentos principais: reorganização do cotidiano familiar; busca de informação em dispositivos sócio-sanitários; e intervenção do Conselho Tutelar. O primeiro momento, comum nas famílias que foram acusadas de negligência, envolve a organização entre os adultos da casa para cuidar da criança enquanto a mãe trabalha. Esta estratégia não considera necessariamente a condição do adulto responsável, de modo que as escolhidas por vezes foram as avós com problemas de saúde física ou mental.

Ao mesmo tempo em que se reorganiza o cotidiano familiar com o objetivo de cuidar de crianças, a rede de vizinhança é acessada. São buscadas as vizinhas que “tomam conta” (remuneradas) ou “passam o olho” (voluntárias) exclusivamente ou alternando com outros cuidadores.

O segundo momento é de busca de recursos sócio-sanitários, comum quando a família se percebe incapaz de se organizar para cuidar da criança, mantê-la na

escola ou lidar com seu comportamento de forma não violenta. Alternativas imediatas podiam ser a creche (na qual apenas uma das famílias conseguiu vaga) ou um dos múltiplos projetos sociais do bairro (no caso das crianças maiores, para ocupá-las no contraturno escolar).

A intervenção nesse momento não é necessariamente por iniciativa da família, podendo se originar também da observação dos profissionais (principalmente professoras). Nesse sentido, algumas famílias empreenderam mudança nas práticas educativas após aconselhamento da professora, coordenadora ou outra profissional do setor educacional. Por orientação profissional ou por iniciativa própria, as famílias também buscaram serviços de saúde, na tentativa de lidar com comportamentos das crianças percebidos como anormais.

Nos casos em que a busca de ajuda era iniciativa da família ou sugestão de um profissional, as participantes apresentavam-se em geral satisfeitas com a atuação dos serviços e relataram redução da violência física. Destacam-se porém algumas dificuldades de acesso a especialistas em neurologia ou saúde mental para crianças e adolescentes, motivo frequente de frustração das famílias.

Num terceiro momento, intervenção do Conselho Tutelar, o itinerário de cuidado é revisto e passa a ser pautado em grande medida pelas agências de proteção. Apesar da atuação do Conselho Tutelar supostamente gerar encaminhamentos para serviços comunitários de assistência social, educação e saúde, as famílias analisadas passaram a transitar prioritariamente pelo setor jurídico e serviços relacionados (p. ex. abrigos).

Trata-se de um momento conflituoso do itinerário de cuidado, marcado por sentimento de impotência da família que foi acusada de ser incapaz de cuidar e por um papel aparentemente policialesco das agências de proteção, que parecem agir

num sentido de punir as famílias, e não de apoiá-las na melhor provisão do cuidado às crianças. Tal papel permeia as falas das famílias e de outros profissionais da rede, compreendendo o Conselho Tutelar como uma instituição de punição, não de apoio ou resolução. Apenas uma das famílias buscou o Conselho Tutelar como apoiador do cuidado a um adolescente (Viana), porém mesmo esta buscava uma intervenção autoritária dos conselheiros, como a internação do menor em instituição de reclusão.

No que tange à atuação do Conselho Tutelar no itinerário de cuidado das famílias, as observações desta pesquisa convergem com as colocações de Deslandes e Barcinski (2010 p 93), sobre aparatos sociais diagnosticarem “incapacidade da família em ser família”, justificando intervenções discriminatórias, que tendem a ser mais rigorosas e frequentes com famílias pobres.

Após intervenção do Conselho Tutelar, apenas duas das famílias da pesquisa afirmaram ter sido encaminhadas para serviços de atenção psicossocial (família Matos, diante da violência sexual contra Márcia) ou de saúde reprodutiva (família Dias, diante das repetidas gestações de Débora). Paradoxalmente, não houve acompanhamento do Conselho Tutelar para que a medida diretamente voltada para a criança fosse efetivada, no caso de Márcia, mas houve esforços repetidos para garantir a intervenção sobre o corpo de uma adulta, no caso de Débora.

O itinerário de cuidado pós intervenção do Conselho Tutelar passa principalmente por instituições jurídicas e serviços relacionados, como VIJ, MP, Defensoria e abrigos. Concomitantemente, são mobilizados recursos familiares e da rede próxima com o objetivo de recuperar a guarda da criança ou mantê-la na família.

Foi observado nesta pesquisa o caráter multissetorial do itinerário de cuidado diante da complexidade do objeto, já observado na atenção a transtornos mentais (CARVALHO, 2015, MANGIA; YASUTAKI, 2008), doença ocupacional relacionada ao

trabalho (NEVES; NUNES, 2010) e leucemia mielóide crônica (LOPEZ, 2014). Nesse sentido, mesmo dentro da arena profissional, o cuidado a crianças não se traduz como objeto apenas do setor saúde, mas da assistência social, educação, segurança pública, justiça e direitos humanos. Quanto às arenas de cuidado (KLEINMAN, 1973), pontua-se a participação reduzida da arena *folk* ou popular, que se limitou a participação em atividades religiosas pontuais (famílias Matos e Viana).

Considerando que o estudo de itinerários de cuidado pressupõe uma ênfase sobre as experiências (ALVES; SOUZA, 1999), foi alcançado o objetivo de análise desses processos nas famílias com história de violência contra crianças. Porém, para uma análise mais acurada, que possibilitasse extrapolar as experiências e integrar uma perspectiva também avaliativa dos serviços de proteção, é fundamental que estudos futuros tenham acesso aos registros do Conselho Tutelar com todos os encaminhamentos e ações realizados para cada família, o que não foi possível nesta pesquisa.

8.3 A REDE DE PROTEÇÃO SOCIAL E SAÚDE: TRAÇANDO UMA LINHA DO CUIDADO INTEGRAL?

Neste tópico é retomada a caracterização dos serviços de proteção social e saúde utilizados no cuidado a crianças com história de violência intrafamiliar, e analisada a possível Linha de Cuidado que se desenha a partir das interações destes. A rede de proteção e atendimento a crianças em situação de violência da Nova Nigéria, conforme desvelada pelas entrevistas da presente pesquisa, foi representada na figura 7 (página 154).

De uma perspectiva micropolítica, que diz respeito à coordenação do cuidado, vinculação e responsabilização do cuidador e produção da autonomia do usuário, uma Linha do Cuidado dá destaque ao profissional de saúde, especialmente o da USF

como gestor do projeto terapêutico (MERHY; CECÍLIO, 2003; MALTA; MERHY, 2010). Os resultados apresentados, porém, permitem afirmar que o papel de coordenador é exercido pelo Conselho Tutelar, reconhecido como gestor do cuidado pela maioria das instituições, mesmo aquelas que duvidam da sua competência ou estrutura.

No sociograma dos serviços participantes da pesquisa, o CT foi representado em posição central no gráfico devido à natureza do objeto e sua especificidade em abordá-lo. Porém, através das entrevistas também foi possível observar a centralidade do Conselho Tutelar na rede de proteção a crianças, sendo comparável apenas à BCS em quantidade e proximidade das relações. Mesmo BCS tendo papel relevante entre os componentes da rede na promoção da cultura de paz e prevenção de violências, o serviço central diante de violações já instaladas é o Conselho Tutelar. Destaca-se o protagonismo dos conselheiros tutelares na decisão por qual medida protetiva executar, como orientação, apoio e acompanhamento temporário, inclusão em serviços comunitários e acolhimento emergencial. Necessário salientar que, apesar de ter um papel de definidor das medidas, não é o seu executor, dependendo de outros serviços para tanto.

Foi observado especialmente no setor educacional e no de saúde que nem toda forma de violência é objeto de intervenção pelos profissionais. Assim como entre as professoras havia a categoria "violência de Conselho Tutelar", que terminava por legitimar formas de violência menos graves, na USF e no NASF havia relatos de intervenção apenas diante de suspeitas físicas ou comportamentais de violência sexual ou negligência. Tais perspectivas convergem com o observado por Ristum (2010 p 235) sobre o acelerado processo de banalização da violência que atenua os limites entre o que é ou não um ato violento, com tendência a "restringir cada vez mais

o conceito, excluindo formas de violência consideradas aceitáveis no contexto atual, especialmente quando contrastadas com formas físicas mais danosas”.

Outra questão que merece destaque é que muitos dos principais serviços consideram como protagonista o Conselho Tutelar. Professoras, coordenadoras, policiais, psicólogos e assistentes sociais entrevistados consideravam que questões de violência contra a criança ou outras violações dos seus direitos eram atribuição dos conselheiros tutelares, como se a responsabilidade ou capacidade de atuação do serviço que gerou a denúncia finalizasse com a entrada do CT no caso.

A centralidade do CT concorda com achados de outras pesquisas (MALAQUIAS, 2013; CARVALHO, 2012), e é considerado um fator prejudicial ao funcionamento da rede, pois confere ao CT funções que extrapolam a sua competência e favorece a desresponsabilização e má comunicação dos serviços. Conforme destaca Malaquias (2013 p 135), a centralidade do Conselho Tutelar aliada à grande quantidade de serviços de atendimento com funcionamento descontínuo alimenta “uma ilusão de que a família está verdadeiramente sendo atendida”.

Muitos dos profissionais da rede, mesmo reconhecendo a investigação das violências contra a criança como atribuição do CT, tecem críticas à estrutura do serviço, ao preparo dos profissionais e ao uso indiscriminado do acolhimento institucional emergencial. A capacitação dos profissionais, assim como no estudo de Campos (2014), se limita ao período de início de mandato, não havendo a prática de capacitação continuada.

É necessário destacar, sobre a atuação dos profissionais, que o ECA pressupõe o apoio de uma equipe técnica, porém as entrevistas e observações sugerem que toda a avaliação e tomada de decisão sobre os casos é feita de forma autônoma pelos Conselheiros Tutelares. Uma atuação reduzida da equipe técnica

também foi observada por Campos (2014) como uma deficiência do funcionamento dos Conselhos Tutelares do Rio de Janeiro. A falta de capacitação continuada unida à falta de supervisão de uma equipe técnica distancia a prática do Conselho Tutelar dos objetivos do ECA, e justifica a insatisfação de outros serviços (1a VIJ, CRAS, CREAS, CAPSI, SN, ONGB) com a atuação destes profissionais.

A prática do acolhimento institucional, confirmada tanto pelas entrevistas às famílias quanto por entrevistas com representantes dos serviços, deveria ser um último recurso, mas tem sido usada como uma das primeiras alternativas dos conselheiros, gerando por parte destes também uma desresponsabilização e uma saída do papel de gestores do cuidado. Tal prática, conforme observado por Deslandes e Barcinski (2010) tem origem em avaliações discriminatórias das famílias, principalmente as pobres.

A atuação do Conselho Tutelar evidenciada nesta pesquisa, se aproxima das conclusões de outras pesquisas quanto às potencialidades e/ou limites de tais ações. Nesse sentido, as entrevistas com as conselheiras mostram vinculação com a comunidade, boas relações com as famílias, e sensibilidade para situações de vulnerabilidade social, assim como nos estudos de Lira (2014) e Malaquias (2013). Quanto aos limites, considerando a falta de capacitação e supervisão já referida, converge com o observado por Paula (2014), sobre o perigo do CT reproduzir o mal que pretende combater, com repetição do abandono e da negligência, ao fazerem uso do acolhimento institucional sem explorar mais extensamente outras possibilidades das famílias.

De uma perspectiva macropolítica, que diz respeito às intervenções sobre os determinantes sociais e à organização da rede (MERHY; CECÍLIO, 2003; MALTA; MERHY, 2010), a Linha do Cuidado também é incipiente. Há poucas iniciativas das

secretarias, que não se traduzem em ações intersetoriais no território, como o *Pacto Pela Vida*. Os comentários tecidos pelo representante da BCS sobre este convergem com outros achados de pesquisas sobre políticas intersetoriais, que sugerem que mesmo que o tema da política seja colocado como prioridade, a efetiva articulação intersetorial esbarra em desafios relacionados a adesão formal, diferenças de poder e desencontro de objetivos e interesses entre os setores envolvidos (SOUSA, 2014; FERREIRA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010; PAIM; COSTA; VILASBÔAS, 2009).

Destaque deve ser dado ao *Programa Saúde na Escola*, objeto de satisfação dos profissionais dos dois setores envolvidos. Sobre este programa, é necessário salientar que Sousa (2014) constatou que a articulação intersetorial, tanto no âmbito político-gerencial quanto no âmbito das práticas, é frágil e limitada, não contando com planejamento estruturado, e sim com uma justaposição de ações, sob liderança dos profissionais de saúde.

Há ainda algumas ações conjuntas entre serviços, que não partem de políticas públicas ou de articulação intersetorial da gestão, mas da iniciativa dos profissionais no território. A observação da organização dos serviços sugere, conforme pontuado por Schraiber *et al* (2012), que eles não estão organizados numa rede intersetorial, com integração entre os serviços e articulação entre as ações profissionais, mas numa trama, que consiste apenas na justaposição de intervenções.

Ainda no que tange à rede de serviços, foi observado pouco investimento em profissionais de atenção psicossocial nos setores da segurança pública, justiça e assistência social, com precarização dos vínculos de trabalho, redução de pessoal e vacância dos cargos por período superior a um ano. Considerando que nos discursos dos profissionais e no ECA, as principais medidas de proteção à criança seriam o apoio e fortalecimento das famílias, com encaminhamento para recursos

comunitários, o empobrecimento de atuação psicossocial na rede denota uma falha fundamental no cumprimento dos objetivos da política.

Conforme observado, considerando que uma Linha do Cuidado é o conjunto de saberes, tecnologias e recursos oferecidos de forma articulada e contínua pelo sistema de saúde no enfrentamento de determinado agravo (SANTOS; ANDRADE, 2011), a organização atual da trama de serviços de atenção a crianças em situação de violência em Salvador-BA não se configura propriamente como uma linha do cuidado. Pesquisas futuras, de caráter avaliativo e de análise de implantação, devem se debruçar sobre os esforços de implantação da Linha do Cuidado pela gestão e seu sucesso ou não entre os serviços.

Características intrínsecas ao objeto em questão, como a multisetorialidade e o protagonismo do Conselho Tutelar sugerem que a Linha do Cuidado não seria o modelo assistencial suficiente para atendê-lo. Conforme discutido, a atenção a crianças em situação de violência demanda um modelo de atenção integral, tendo ação conjunta de diversos setores como condição mínima de funcionamento, e que permita a circulação do papel de gestor do cuidado entre outros setores que não apenas saúde. Pesquisas futuras devem se dedicar à exploração de formas diversas de organização da rede de atenção a crianças em situação de violência, com avaliação de limites e possibilidades de cada uma.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo geral analisar problemas e necessidades sociais e de saúde de famílias de um bairro popular de Salvador-BA com história de violência intrafamiliar contra crianças, destacando respostas sociais acessadas. Conforme apresentado nos capítulos anteriores, o objetivo geral da pesquisa, assim como os específicos foram razoavelmente alcançados.

No que tange às formas de violência observadas nas famílias estudadas foi destaque a negligência e o abuso físico. A ocorrência de negligências como principais acusações que as famílias sofreram, concordam com outras pesquisas com registros de Conselhos Tutelares. Destaca-se, porém, que foram evidenciadas outras formas de violência nas famílias, nem sempre acessadas pelo CT.

No escopo das violências observadas, é necessário salientar ainda a disparidade entre os abusos físicos relatadas no trabalho de campo preliminar e a pequena quantidade de casos da Nova Nigéria de acordo com os registros do CT (1616 casos registrados de 2010 a 2015, dos quais 16 eram da Nova Nigéria). Esta disparidade pode ser atribuída, por um lado, à invisibilização (e consequente legitimação) das formas de violência referidas pelas crianças no grupo da ONG A: castigos físicos utilizados para fins educacionais. Por outro lado, as formas de registro do CT são pouco confiáveis, pois nem todas as anotações contam com o endereço das famílias e nem todos os casos atendidos foram colocados no livro do CT. Conforme informações das conselheiras, o livro tinha uma função de anotação de casos a serem posteriormente distribuídos entre eles, de modo que casos imediatamente acolhidos pelo conselheiro de plantão no CT ou que recebeu a denúncia pessoalmente (como um morador da Nova Nigéria), não eram registrados no livro.

Na compreensão das experiências familiares com a violência, foram observados mecanismos de risco e de proteção já pontuados por outras pesquisas. Destacam-se os achados relativos aos mecanismos de proteção subjacentes aos dispositivos sócio-sanitário disponíveis no *exossistema*, que sugerem a importância de equipes capazes e dispostas a intervir diante de uma suspeita de violência ou na sua prevenção. Da mesma forma, as políticas públicas, que seriam consideradas potenciais fatores de proteção, nem sempre têm este mecanismo efetivado, deixando de cumprir seu papel protetor pela sobreposição da burocracia às necessidades das famílias.

No que tange à caracterização dos serviços e sua organização na prestação de proteção e atendimento a crianças em situação de violência, se evidenciou uma quantidade expressiva de serviços no território, porém que não atendem integralmente às necessidades sociais e de saúde das famílias.

Destaque é dado ao papel do conselheiro tutelar, paradoxalmente referido como ator mais importante e menos capacitado da proteção à criança. Os resultados aqui apresentados, sugerem a urgência de transformações no modelo de atenção a crianças em situação de violência, cuja centralidade num conjunto de atores pouco capacitados e supervisionados vai de encontro à prioridade da infância preconizada pelo ECA. A capacitação continuada, a manutenção de registros, a alimentação da base de dados (SIPIA) e a efetiva supervisão e avaliação do trabalho pela equipe técnica são algumas das formas possíveis de mitigar as lacunas observadas na atenção na presente pesquisa.

Salientem-se algumas limitações do presente estudo no que tange ao acesso a documentos como relatórios e prontuários, que possibilitassem um acesso mais criterioso às informações sobre as intervenções empreendidas pelos serviços da rede.

A manutenção e disponibilização de bases de dados e prontuários pelos serviços envolvidos, em especial o CT, teria oferecido um panorama mais nítido da atenção à criança em situação de violência em Salvador-BA. Pesquisas futuras, de tipo avaliativo, devem se debruçar sobre alguns serviços em especial, como o Conselho Tutelar, a fim de sugerir possíveis mudanças na organização do trabalho e na própria legislação pertinente à proteção à criança.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z.. **Introdução à Epidemiologia Moderna**. Salvador, Apce Produtos do Conhecimento e ABRASCO, 1990.

ALVES, Heliana Castro; EMMEL, Maria Luisa Guillaumon. Abordagem Bioecológica e Narrativas Oraís: um estudo com crianças vitimizadas. **Revista Paidéia**. Ribeirão Preto, vol.18, n. 39, p.85-100, 2008.

ALVES, Paulo Cezar; SOUZA, Iara Maria. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo, M. C. et al. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 125-38.

AMPARO, Deise Matos do *et al*. Adolescentes e jovens em situação de risco psicossocial: redes de apoio social e fatores pessoais de proteção. **Estud. psicol. (Natal)**, v. 13, n. 2, ago. 2008 .

BAHIA. Decreto n. 11.897, de 17 de dezembro de 2009. Institui o Observatório de Violências e Acidentes do Estado da Bahia. **Diário Oficial do Estado**. Bahia, 17 dez. 2009.

_____. Lei nº 12.357 de 26 de setembro de 2011. Institui o Sistema de Defesa Social, o Programa Pacto pela Vida, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**. Bahia, 26 dez. 2011

BALEIRO, C. R. B.; CERVENY, C. M. O. Família e doença. In: **Família e...** São Paulo: Casa do Psicólogo, p.147-161, 2005

BARRETO, Christianne Sheilla Leal Almeida. **Violência contra a criança no Estado da Bahia**. 249 f. Tese (Doutorado em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

BASTOS, A. C. de S.; TRAD, L. A. B. O Impacto Sócio-Cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cad. Saúde Pública**. v.14, n.2, p.429-435, abr./jun.1998.

BAZON, M. Violências contra crianças e adolescentes: análise de quatro anos de notificações feitas ao Conselho Tutelar na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 24, p.323-332, fev. 2008.

BAZON, Marina Rezende; FALEIROS, Juliana Martins. Identificação e Notificação dos Maus-tratos Infantis no Setor Educacional. **Revista Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 54, abr. 2013.

BISPO, Tania. C. **Rompendo o silêncio**: estudo de vitimização de Agentes Comunitários de Saúde no âmbito do trabalho em Salvador-BA. 2011. 204 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

BOFF, Leonardo. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 28-35, out./mar., 2005.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, 2006.

BRASIL. **Lei nº 13257, de 8 de março de 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. Brasília: Ministério da Justiça, 2016.

_____. **Lei nº 13010, de 26 de junho de 2014**. Brasília: Ministério da Justiça, 2014a.

_____. **Lei nº 13046, de 1º de dezembro de 2014**. Brasília: Ministério da Justiça; 2014b.

_____. **Lei nº 12696, de 25 de julho de 2012**. Altera os arts. 132, 134, 135 e 139 da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para dispor sobre os Conselhos Tutelares. Brasília: Ministério da Justiça, 2012.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: MS; 2010.

_____. **Lei nº 12010, de 13 de agosto 2009**. Brasília: Ministério da Justiça; 2009.

_____. **Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002**. Institui o Código Civil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo. Brasília (DF), 11 jan. 2002.

_____. Ministério da Saúde (MS). **Portaria GM/MS nº1.968 de 25/10/2001**. Notificação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2001; 26 out.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM no 737, de 16 de maio de 2001. Dispõe sobre a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**, no 96, Brasília, 18 de maio de 2001. Seção 1e.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Brasília: Ministério da Justiça, 1990.

BRITO, Ana Maria M. *et al.* Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p.143-149, mar. 2005.

BRITO, R. C.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: CARVALHO, A. M. (Org.), **O mundo social da criança: natureza e cultura em ação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. p. 115-129.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

_____, U.; MORRIS, P. A. **The ecology of developmental process.** In: LERNER, R. M. (Org.). *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development.* 5. ed., 1998, p. 993-1028.

CAMPOS, Daniel de Souza. **Análise da atuação do conselho tutelar diante das notificações de abuso e exploração sexual.** 142f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 2014.

CARVALHO, Ana Clara de Rebouças *et al.* Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, abr. 2009.

CARVALHO, B. C. B. de. **Significações sobre a garantia de direitos de crianças e adolescentes apresentadas por Gestores escolares e Conselheiros Tutelares.** Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

CARVALHO, Laís Chagas de. **A (re)significação do cuidar: os itinerários terapêuticos da família na prática do cuidado ao sujeito com sofrimento mental.** 180 f. Dissertação de Mestrado – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

CARVALHO, M.C.B. **A priorização da família na agenda da política social.** In _____ (org.). *A família contemporânea em debate.* São Paulo: Cortez, 2000, p. 11-21.

CARVALHO, Paloma Rodrigues. **Sistema de garantia dos direitos da criança e do adolescente: A experiência do município de Rio Bonito/RJ no atendimento a vítimas de violência.** 2012. 126 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz, Rio De Janeiro, 2012.

CNS. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, 2012.

CONANDA. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Resolução nº 170, de 10 de Dezembro de 2014.** Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2014.

COSTA, M. C. O.; CARVALHO, R. C.; BÁRBARA, J. F. R. S.; SANTOS, C. A. S. T.; GOMES, W. A.; SOUSA, H. L.. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: Vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1129-1141, set./out., 2007.

COSTA, Maria Conceição Oliveira. *et al.* Avaliação do Programa Nacional de Ações Integradas e Referenciais (PAIR) para o enfrentamento da violência sexual contra

crianças e adolescentes, em Feira de Santana, Bahia. **Revista Ciênc. Colet Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, mar. 2010.

COUTINHO, Maria José; SANI, Ana Isabel. Casa abrigo: a solução ou o problema? **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n.4, p.633-641. dez. 2010.

CRUZ, L.; HILLESHEIM, B.; GUARESCHI, N. M. F.. Infância e políticas públicas: Um olhar sobre as práticas psi. **Psicologia & Sociedade**, 17(2), 42-49, 2005.

DE ANTONI, Clarissa. **Coesão e hierarquia em famílias com história de abuso físico**. 2005. 212 f. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

DE ANTONI, Clarissa; BARONE, Luciana Rodriguez; KOLLER, Sílvia Helena. Indicadores de riso e de proteção em famílias fisicamente abusivas. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 23, n. 2, jun. 2007.

DE ANTONI, Clarissa; KOLLER, Sílvia Helena. A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. **Estudos psicol.**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 2, 2000.

DE ANTONI, Clarissa; KOLLER, Sílvia Helena. Uma família fisicamente violenta: uma visão pela teoria bioecológica do desenvolvimento humano. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 1, 2010.

DESLANDES, S. F. ; LIMA, M. L. L. T. ; LIMA, M. L. C. ; BARREIRA, A. K. ; SOUZA, E. R. . Assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e violência: a situação dos municípios em Pernambuco, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 33-42, jan. 2012.

DESLANDES, S. F. Atenção a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica: Análise de um Serviço. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, sup. 1, p. 177-187, 1994.

DESLANDES, S. F.; BARCINSKI, M. Família contemporânea e violência: significados e práticas de atendimento. In: TRAD, L. A. B. (Org.). **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 291–310.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa em serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M. & MERCADO, F. J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2007. p. 99-120.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. *et al.* Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Revista Ciênc. Colet Saúde.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, ago. 2009.

ELOY, Consuelo Biacchi. A credibilidade do testemunho da criança vítima de abuso sexual no contexto judiciário. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Conselho Federal de Psicologia, v. 32, n.1, p.234-249, 2012.

ESPINDOLA, Glauco Anderson; BATISTA, Vanderléia. Abuso sexual infanto-juvenil: a atuação do programa sentinela na cidade de Blumenau/SC. **Psicol. cienc. prof.**, v.33, n.3, p.596-611, 2013.

FERREIRA, Ana Lúcia; SOUZA, Edinilsa Ramos de Análise de indicadores de avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.1, p.28-38, jan. 2008.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria Vieira da. Intersectorialidade em saúde: um estudo de caso. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria Vieira da. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010 p 103-150.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: Merhy EE. (org). **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; 2004. p. 125-32.

FRIZZO, K. R.; SARRIERA, J. C. O Conselho Tutelar e a rede social na infância. **Psicologia USP**. v. 16, n. 4, p. 198-209. 2005.

GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi. et al. Fatores relacionados à institucionalização: perspectivas de crianças vítimas de violência intrafamiliar. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n.4, p.670-677. dez. 2010.

GABATZ, Ruth Irmgard Bärtschi. et al. O significado de cuidado para crianças vítimas de violência intrafamiliar. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.135-142. fev./mar. 2010b.

GARRIDO, E. N. **Mulheres em situação de violência doméstica: o que faz a Equipe de Saúde da Família?**. 2004. 160 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes. 2002.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, nov. 2006.

GIOVANELLA, Ligia. et al . Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Ciênc. Colet Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3. jun. 2009.

GOMES, R., et al. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. **Ciênc. & Saúde Colet.**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 275-283, 2002.

HABIGZANG, L. F.; RAMOS, M. S.; KOLLER, S. H. A revelação de abuso sexual: As medidas adotadas pela rede de apoio. **Psic.: Teor. e Pesq., Brasília**. v. 27, n. 4, p. 467-473, out./dez. 2011.

HABIGZANG, Luísa F. *et al.* Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, 2006.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

INOJOSA, R. M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n. 2, p.35-48, mar./abr.1998.

JUNQUEIRA, L.A.P. & INOJOSA, R. M. **Desenvolvimento social e intersectorialidade: a cidade solidária**. São Paulo, FUNDAP, 1997.

JUNQUEIRA, L.A.P. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 11-22, mar./abr. 1998.

JUNQUEIRA, L.A.P. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, nov./dez. 2000.

JUNQUEIRA, Luciano Prates. A gestão intersectorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Revista Saúde Soc**, São Paulo, v.13, n. 1, p. 25-36. 2004.

JUNQUEIRA, M. F. P. S.; DESLANDES, S. F. Resiliência e maus-tratos à criança **Cad. de Saúde Pública**, v.19, n. 1, p. 227-235, jan./fev. 2003.

KILSZTAJN, S. *et al.* Vítimas da cor: homicídios na região metropolitana de São Paulo, Brasil, 2000. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n.5, p.1408-1415, set./out. 2005.

KISS, L.B., SCHRAIBER, L.B., D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Possibilidades de uma rede intersectorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**, 11(23), p.485 - 501, 2007

KISS, Ligia Bittencourt. *et al.* Possibilidades de uma rede intersectorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**, São Paulo, v. 11, n. 23, p. 485-501, set./dez. 2007.

KLEINMAN, A.M. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Soc Sci Med**; 12(2B):85-93, 1973.

KOLLER, Sílvia Helena; DE ANTONI, Clarissa. Violência familiar: uma visão ecológica. In: _____, **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, pp.293-310.

KRUG, E. G. *et al.* (Org.). **Relatório Mundial de Violência e Saúde**. Genebra: World Health Organization, 2002.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **Hist. Cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, mar. 2006.

LIMA, Jeanne de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. A compulsória notificação do abuso sexual Crianças contra e adolescentes: Uma Comparação entre os dispositivos Americanos e brasileiros **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v 15, n. 38, p.819-832, setembro de 2011.

LIMA, M. L. C.; SOUZA, E. R.; ACIOLI, R. M. L.; BEZERRA, E.. Análise dos serviços hospitalares clínicos aos idosos vítimas de acidentes e violências. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2687-2697, 2010.

LIMA, M. L. C.; SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. L. T.; BARREIRA, A. K.; BEZERRA, E. A. D.; ACIOLI, R. M. L.. Assistência à saúde dos idosos vítimas de acidentes e violência: uma análise da rede de serviços SUS em Recife, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2686-2010, 2010.

LIRA, Samira Valentim Gama. **Saberes e Práticas dos Conselheiros Tutelares no Enfrentamento à Violência Intrafamiliar contra Crianças e Adolescentes**. 2014. 155 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Universidade Estadual Do Ceará, Fortaleza, 2014.

LOBATO, Geórgia Rosa; MORAES, Claudia Leite; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Desafios da atenção à violência doméstica contra crianças e adolescentes no Programa Saúde da Família em cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.9, p.1749-1758, set. 2012.

LÓPEZ, Yeimi A. A. **Experiências de enfermidade e itinerários terapêuticos de portadores de leucemia mieloide crônica nas cidades de Medellín, Colômbia e Salvador – BA, Brasil**. Tese de doutorado apresentada no Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, 2014

MACEDO, A. C.; PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V.; COSTA, M. C. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.6, p. 515-522, dez. 2001.

MACHADO, Jorge Mesquita; PORTO, Marcelo Firpo. Promoção da saúde e intersectorialidade: a experiência da vigilância em Saúde do Trabalhador na construção de redes. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 3, p. 121-131, jul./set. 2003.

MAGALHAES, Rosana; BODSTEIN, Regina. Avaliação de iniciativas e programas intersectoriais em saúde: desafios e aprendizados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun 2009.

MALAQUIAS, Jessica Helena Vaz. **Conselho Tutelar e Abuso Sexual: Intervenções de Rede em Contexto Psicossocial**. 2013. 158 f. Dissertação (Mestrado Psicologia Clínica e Cultura), Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of non transmissible chronic diseases. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

- MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Ciênc. saúde coletiva**, Out 2010, vol.15, suppl.2, p.3053-3063.
- MANGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. O estudo de redes sociais: apontamentos teóricos e contribuições para o campo da saúde. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 22-30, jan./abr., 2005.
- MÂNGIA, E. F.; YASUTAKI, P. M. Itinerários terapêuticos e novos serviços de saúde mental. **Rev. ter. ocup**; 19(1): 61-71, 2008.
- MARTINS, Camilla Soccio *et al.* Family dynamics from the perspective of parents and children involved in domestic violence against children and adolescents. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Out 2007, vol.15, no.5, p.889-894.
- MARTINS, Christine Baccarat de Godoy; MELLO JORGE, Maria Helena Prado de. Desfecho dos casos de violência contra crianças e adolescentes no poder judiciário. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v. 22, n. 6, Dec. 2009 .
- MASCARENHAS, Márcio Dênis Medeiros *et al.* Violência contra a criança: revelando o perfil dos atendimentos em serviços de emergência, Brasil, 2006 e 2007. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, Fev. 2010 .
- MELLO, S. L. de. L. Família: perspectiva teórica e observação factual. In: CARVALHO, M. C. B. (Org.) **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Cortez, 2000. p. 51-60.
- MERCADO-MARTINEZ FJ; BOSI MLM. Introdução: notas para um debate. In: BOSI, MLM; MERCADO-MARTINEZ, FJ, (Org). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes; 2007. p. 23-71.
- MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. Campinas: Unicamp, 2003.
- MERHY, E.E; FRANCO; T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.
- MILANI, R. G.; LOUREIRO, S. R. Famílias e violência doméstica: condições psicossociais pós ações do Conselho Tutelar. **Psicologia Ciência e Profissão**, 28(1), 50-67, 2008.
- MINAYO, M. C. de S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, Sup, p.1259-1267, 2007.
- MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** 2001; 1:91-102.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo

diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 5, Dec. 2009 .

MORAIS, N. A.; KOLLER, S. H. Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: a ênfase na saúde. In: KOLLER, S. H. (Ed.), **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p.91-107.

MORETTI, Andreyra Cristina *et al* . Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, supl. 1, Jun 2010 .

MOURA, A. T.S., MORAES, C.L., REICHENHEIM, M.E.. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2008.

MRAZEK, P. J.; MRAZEK, D.. Resilience in child maltreatment victims: A conceptual exploration. **Child Abuse and Neglect**, 11, 357-365, 2007.

NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

NEVES, R. F.; NUNES, M, O. Da legitimação a (res) significação: o itinerário terapêutico de trabalhadores com LER/DORT. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, n.1, pp. 211-220.

NJAINE, K. *et al*. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1313-1326, 2007.

NOBRE, Letícia Coelho da Costa. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersetorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 4, 2003 .

PAIM, J. S. ; COSTA, H. O. G. ; VILASBÔAS, A. L. Q. . Política pública e controle da violência: um estudo de caso na Cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** (FIOCRUZ), v. 25, p. 485-494, 2009.

PAIXÃO, A. C. W.; DESLANDES, S. F. Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infanto juvenil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.19, n.1, p. 114-126, jan./mar. 2010.

PAULA, Alexandre da Silva de. **Redes de proteção e garantia de direitos: representações sociais por conselheiros tutelares**. 222 f. Tese (Doutorado em Psicologia), Universidade de São Paulo/ Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2014

PAULA, Kelly Andressa de; PALHA, Pedro Fredemir; PROTTI, Simone Teresinha. Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste - Ribeirão Preto. **Interface(Botucatu)**. 2004, vol.8, n.15, pp. 331-348.

RIBEIRO, Edilza Maria *et al.* Castigo físico adotado por pais acompanhantes no disciplinamento de crianças e adolescentes. **Acta paul. enferm.**, Set 2007, vol.20, no.3, p.277-283.

RISTUM, Marilena. **O conceito de violência de professoras do ensino fundamental**. 2001. 395 f. Tese (Doutorado em Educação), Universidade Federal Da Bahia, Salvador, 2001.

ROCHA, Pedro Carlos Xavier da; MORAES, Claudia Leite. Violência familiar contra a criança e perspectivas de intervenção do Programa Saúde da Família: a experiência do PMF/Niterói (RJ, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Jul 2011, vol.16, no.7, p.3285-3296.

RUTTER, M.. Resilience as a dynamic concept. **Development and Psychopathology**, 24, 335-344, 2012.

_____. Implication of resilience concepts for scientific understanding. In: LESTER, B. M.; MASTEN, A. S.; MCEWEN, B. (Eds.), Resilience in children (pp.1–12). Boston, MA: Blackwell, 2006.

_____. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **American Journal of Orthopsychiatry**, 57, (3), 316-331, 1987.

_____. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. **British Journal of Psychiatry** 147:598-611, 1985.

SALVADOR. **Lei Municipal nº 4488, de 24 de janeiro de 1992**. Institui Os Conselhos Tutelares e dá outras providências. Salvador: Gabinete do Prefeito Municipal do Salvador, 1992.

_____. **Lei municipal nº 6266, de 20 de março de 2003**. Dispõe sobre alteração da lei municipal de criação e funcionamento dos Conselhos Tutelares de Salvador, e dá outras providências. Salvador: Gabinete do Prefeito Municipal do Salvador, 2003.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Mar. 2011.

SANTOS, Viviane Amaral dos; COSTA, Liana Fortunato. A violência sexual contra crianças e adolescentes: conhecer a realidade possibilita a ação protetiva. **Estud. Psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 28, n. 4, Dec. 2011.

SARTI, C. A. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres**. São Paulo: Cortez, 2005

SCHRAIBER LB *et al.* Assistência a mulheres em situação de violência: da trama de serviços à rede intersetorial. **Athenea Digital**, v. 12, p. 237-254, 2012.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia P L; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, Aug. 2006.

SELIGMAN, M. E. P.; CSIKSZENTMIHALYI, N. A. (2000). Positive psychology: an introduction. **American Psychologist**, 55 (1), 5-14.

SERAPIONI, M. O papel da família e da redes primárias na reestruturação das políticas sociais. **Ciência e saúde coletiva**. v.10, sup, p.243-253, 2005.

SILVA, Lygia Maria Pereira da; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho; SILVA, Marta Angélica Iossi. O Poder Judiciário como última instância de proteção às crianças e aos adolescentes: ações intersetoriais, investimento em recursos humanos e estruturação dos serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, jun. 2012.

SIQUEIRA, A. C.; DELL'AGLIO, D. D.. O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. **Psicologia & Sociedade**, 18, 71-80, 2006.

SIQUEIRA, M. M. de. Transitoriedade dos serviços urbanos: preâmbulos de discussão. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, FGV, 32(12):93-107, 1998.

SOARES, Carla. **Mapeando riscos e selecionando interações**: a construção de defesas contra a violência por Agente Comunitários de Saúde de Salvador-BA. 2012. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

SOUSA, Marta Caires. **Saúde na Escola**: analisando os caminhos da intersectorialidade. 2014. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária), Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

STANKO, E. A. **The meanings of violence**. London: Routledge, 2003

SUCUPIRA, A. C. S. L. Repensando a atenção à saúde da criança e do adolescente na perspectiva intersectorial. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, FGV, 32(12):61-78, 1998.

SZYMANSKI, H. Teorias e “teorias” de famílias. In: CARVALHO, M. C. B. (Org.) **A família contemporânea em debate**. São Paulo: Ed. Cortez, 2000. p. 23-27.

TARTUCE, Flávio. Novos princípios do Direito de Família brasileiro. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 10, n. 1069, 5 jun. 2006.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.. Planejamento e programação de ações intersectoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**, 34:63-80. 2000.

TELLES, Lisieux Elaine de Borba; SOROKA, Paulo; MENEZES, Ruben de Souza. Filicídio: de Média a Maria. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Abr 2008, vol.30, no.1, p.81-84.

TRAD, L. A. B.; TAVARES, J. S. C.; SOARES, C. S.; RIPARDO, R. C. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.26, n.4, pp. 797- 806.

UNGAR, M.. Resilience, trauma, context and culture. **Trauma, Violence, & Abuse**, 14, 253–264, 2013.

_____. Community resilience for Youth and Families: Facilitative Physical and Social Capital in Contexts of Adversity. **Children and Youth Social Services Review**, 33, 1742–1748, 2011.

VELHO, G. **Projeto, emoção e orientação em sociedades complexas**. Individualismo e cultura. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, p. 15-37, 2004.

VIANA, A. L. Novos riscos, a cidade e a intersectorialidade das políticas públicas. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, FGV, 32(12):23-33, 1998.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012: crianças e adolescentes do Brasil**. Rio de Janeiro: Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, 2012.

WASELFISZ, J. J.. **Mapa da violência 2014: jovens do Brasil**. Rio de Janeiro: Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais, 2014.

WHO. Intersectorial Action for Health. A Cornerstone for Health-for-all in the Twenty-First Century. **Report of the Internacional Conference**. 29-23 Abril 1997. Halitas, Nova Acotia, Canada. 39p

WIRTZ, Andrea L.; ALVAREZ, Carmen; GUEDES, Alessandra C.; BRUMANA, Luisa ; MODVAR, Cecillie; GLASS, Nancy. Violence against children in Latin America and Caribbean countries: a comprehensive review of national health sector efforts in prevention and response. **BMC Public Health** 16:1006, 2016.

YIN, R.K.. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman; 2001.

YUNES, M. A. A.; MIRANDA, A. T.; CUELLO, S. E. S. Um olhar ecológico para os riscos e as oportunidades. In KOLLER, S. H. (Ed.). **Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, pp.197-218.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família [Versão eletrônica]. **Psicologia em Estudo**, 8(No. Especial), 75-84, 2003.

YUNES, M.A.M.; JULIANI, M.C. A Bioecologia do Desenvolvimento Humano e suas Interfaces com Educação Ambiental. **Cadernos de Educação**. v.37, p.347 - 379, set/dez 2010.

ANEXOS

ANEXO A – TABELAS DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO RELEVANTES PARA A AVALIAÇÃO DE CASOS DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR NOS CONTEXTOS ECOLÓGICOS (KOLLER; DE ANTONI, 2004 p 306-311)

Fatores de risco relevantes para a avaliação de casos de violência intrafamiliar nos contextos ecológicos (KOLLER; DE ANTONI, 2004 p 306-309)

| Fator | Eu ecológico | Microssistema familiar | Exossistema | Macrossistema |
|-------------------|--|---|---|---|
| História anterior | História de abuso anterior | Pais ou cuidadores com história de abuso anterior ou institucionalização | Ausência de recursos terapêuticos, conselhos de direitos, apoio emergencial e permanente | Ausência de conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e do Idoso |
| Família | <p>Senso de solidão e insegurança no ambiente familiar</p> <p>Posição na configuração familiar</p> <p>Comunicação intrafamiliar precária</p> | <p>Segredo</p> <p>Famílias monoparentais</p> <p>Gravidez na adolescência</p> <p>Estresse familiar por saúde, problemas financeiros e de relacionamento</p> <p>Tamanho e problemas de comunicação da família</p> <p>Disciplina incongruente, inconsistente e ineficiente</p> <p>Práticas disciplinares estritas e punitivas</p> <p>Estilos parentais: negligente e autoritário</p> | Desemprego, falta de produtividade, empobrecimento | |
| Autopercepção | <p>Baixa auto-estima e baixa auto-eficácia, auto-imagem enfraquecida e autoconceito baixo</p> <p>Alto sentimento de frustração</p> | <p>Falta de clareza sobre potencialidades e limites</p> <p>Ausência de senso de pertencimento à comunidade e de</p> | <p>Falta de clareza sobre a obtenção de recursos e possibilidades</p> <p>Isolamento: rede de apoio social e afetiva precária em estrutura</p> | <p>Aceitação cultural de punição corporal</p> <p>Aceitação cultural de posse da criança e da mulher</p> |

| | | | | |
|---------------------|--|--|--|--|
| | <p>Maior percepção de hostilidade no ambiente, percepção exacerbada de obstáculos e desafios ao planejar ou implementar uma ação</p> <p>Vulnerabilidade geral</p> <p>Falta de conhecimento sobre suas reais habilidades e talentos</p> | <p>habilidades empáticas</p> | <p>(recursos) e funcionamento</p> <p>Ausência de relações de amizade</p> | <p>Naturalização/ banalização da violência</p> |
| Positividade | <p>Ausência de empatia, de auto-regulação e autoconfiança</p> <p>Emoções morais ausentes</p> <p>Senso de fragilidade e impotência</p> | <p>Mau humor, pessimismo, falta de senso de bem-estar, de relações de amor</p> <p>Competitividade voraz e destrutiva, desesperança no futuro</p> | <p>Rede pobre e sem recursos para superação de expectativas negativistas e irreais</p> | <p>Cultura que promove a competitividade e a agressividade</p> |
| Cognição e educação | <p>Quociente intelectual baixo associado a baixo nível de escolaridade</p> <p>Capacidade verbal limitada</p> | <p>Baixo nível de escolaridade e falta de apoio para formação educacional e para o bom desempenho</p> | <p>Indisponibilidade de escolas e formação continuada</p> <p>Ausência de apoio à educação</p> <p>Professores mal pagos e sem capacitação, desconhecedores das políticas públicas</p> | <p>Alta taxa de analfabetismo</p> <p>Apoio à educação</p> |
| Interação | <p>Ausência de empatia</p> <p>Habilidades interpessoais pobres</p> <p>Fragilidade na tomada de decisão e na</p> | <p>Relações instáveis, promíscuas e sem estabilidade, senso de reciprocidade e equilíbrio de poder</p> | <p>Fanatismo religioso</p> <p>Ausência de relações de amizade e de reciprocidade estáveis</p> | <p>Cultura que aceita e promove a posse da mulher e da criança, machismo</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | resolução de problemas | | Ausência de relações hierárquicas de poder equilibradas | |
| Variáveis de saúde, sociais e ambientais | Vítima portadora de deficiência física ou intelectual Prematuridade da vítima | Presença de alcoolismo, uso e abuso de outras drogas <i>Habitat</i> sem privacidade íntima Presença/troca de parceiros | Ausência de infraestrutura de saneamento, segurança e privacidade Poluição ambiental: ruídos, más condições de habitação Violência na comunidade Exposição a mudanças drásticas de temperatura | Ausência de compromisso com os direitos humanos, especialmente da criança e da mulher Ausência de políticas sociais para promoção de saúde, educação, habitação, trabalho, justiça e serviços de bem-estar Exploração do trabalho infantil e sexual Presença de pornografia infantil e de violência na mídia (dessensibilização) |
| Variáveis econômicas | Instabilidade e fracasso econômico Empobrecimento | Instabilidade e fracasso econômico Empobrecimento | Muitos eventos estressores | Índices elevados de mortalidade infantil, de urbanização precária ou inexistente Distribuição de renda injusta |

Fatores de proteção relevantes para a avaliação de casos de violência intrafamiliar nos contextos ecológicos (KOLLER; DE ANTONI, 2004 p 310-311)

| Fator | Eu ecológico | Microssistema familiar | Exossistema | Macrossistema |
|-------------------|--|--|--|--|
| História anterior | Consciência sobre história de violência anterior | Pais ou cuidadores sem história de abuso ou conscientes de abuso na infância | Presença de recursos terapêuticos, conselhos de direitos, apoio emergencial e permanente | Conhecimento sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e do Idoso |

| | | | | |
|---------------------|---|--|---|--|
| Família | <p>Estabilidade familiar: relacionamento, saúde, financeira etc.</p> <p>Posição na configuração familiar</p> <p>Comunicação intrafamiliar presente e compartilhada por todos os membros</p> | <p>Práticas disciplinares de conscientização</p> <p>Estilo parental autoritativo</p> | <p>Produtividade e estabilidade, bem-estar no trabalho, senso de sucesso e realização</p> <p>Clareza sobre a possibilidade de buscar e obter recursos</p> <p>Presença de rede de apoio social rica em recursos (estrutura) e com funcionamento atuante, flexível e presente</p> | |
| Autopercepção | <p>Auto-estima, auto-eficácia, auto-imagem e autoconceito realísticos e/ou elevados</p> | <p>Clareza em potencialidades e limitações</p> <p>Senso de pertencimento à comunidade</p> | <p>Relações estáveis de amizade e reciprocidade</p> | <p>Cultura que promove e compartilha senso de responsabilidade e cuidado e se opõe à violência</p> <p>Cultura que não aceita a visão de punição como prática disciplinar</p> |
| Positividade | <p>Talentos especiais e criatividade</p> <p>Sentimentos de amor e amizade</p> | <p>Amor, amizade, bom humor, otimismo, esperança, bem-estar, afetos positivos, religiosidade, expectativas de futuro</p> | <p>Disponibilidade de recursos para consecução de planos e oportunidades</p> | <p>Cultura que compartilha a promoção do grupo, competitividade saudável e construtiva</p> |
| Cognição e educação | <p>Quociente intelectual médio e alto, nível de escolaridade médio e superior</p> | <p>Estímulo à formação e ao bom desempenho</p> | <p>Disponibilidade de escolas, programas de capacitação e educação continuada</p> <p>Professores bem remunerados e capacitados</p> | <p>Baixas taxas de analfabetismo</p> <p>Apoio à educação</p> |
| Interação | <p>Boas habilidades interpessoais</p> | <p>Companheirismo, compartilhamento, relações estáveis, com equilíbrio de poder e reciprocidade</p> | <p>Afiliação religiosa e comunitária</p> <p>Senso de pertencimento</p> | <p>Cultura que não aceita a visão de posse sobre a criança e a mulher</p> |

| | | | | |
|--|--|--|---|--|
| Variáveis de saúde, sociais e ambientais | Saúde física e mental Resiliência individual e familiar | Saúde física e mental Resiliência individual e familiar | Disponibilidade de acompanhamento terapêutico e outros recursos | Políticas sociais e públicas para saúde e serviços de bem-estar, erradicação da exploração do trabalho infantil e sexual |
| Variáveis econômicas | Estabilidade e prosperidade econômica | Estabilidade e prosperidade econômica | Poucos eventos estressores | Índices baixos de mortalidade infantil, de urbanização precária ou inexistente Distribuição de renda justa |

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE PRIMEIRA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM FAMÍLIAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA – ISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA 1 - FAMÍLIA

Identificação

1. Identificação do entrevistado
2. Estrutura familiar/doméstica (idade, sexo, parentesco/vínculo, escolaridade, ocupação)
3. Descrição física da residência
4. Renda familiar

História familiar

1. Procedência dos pais (local, condição sócio-econômica, características e práticas educativas da família de origem)
2. História do relacionamento dos pais
3. Gravidez, parto e nascimento dos filhos
4. Descrição dos membros da família (física, psicológica, condição de saúde)
5. Criação e educação dos filhos
6. Eventos importantes (positivos e negativos)
7. Realizações
8. Expectativas para o futuro

Aspectos extra-familiares

1. Avaliação geral sobre a comunidade
2. Vizinhos
3. Religião
4. Ongs ou “projetos”
5. Escola/ creche – por quais escolas/creches os filhos já passaram? Por que/ como iniciaram? Se/ por que houve mudança? Como avaliam cada serviço.
6. Serviços de saúde – quais serviços de saúde costumam utilizar e para quê? Como chegam aos serviços. Como avaliam cada serviço.
7. Investigar outros serviços: CRAS, CREAS, polícia, “justiça”, “bolsa-família”
8. Esgotados os relatos espontâneos, perguntar diretamente sobre recursos sócio-sanitários presentes no bairro que não foram citados pela família

APÊNDICE B - ROTEIRO DE SEGUNDA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM FAMÍLIAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA – ISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA 2 - FAMÍLIA

História de violência

1. Significado da violência.
2. Primeiro contato com o Conselho Tutelar – Denunciante. Agressor. Vítima. Tipo (s) de violência. Fatores desencadeantes.
3. Ocorrências de violência anteriores à denúncia ao Conselho Tutelar – tipos de violência. Agressor (es). Vítima (s). Fatores desencadeantes.
4. Descrição de episódios.

Itinerário

1. Antes da denúncia ao Conselho Tutelar, já tinha procurado ajuda para lidar com a violência doméstica, seus fatores desencadeantes (listar fatores referidos nas questões acima) ou suas consequências? Descrever – identificação dos recursos (pessoas, instituições), motivo (escolha, indicação, encaminhamento), período de vínculo, ações realizadas e avaliação acerca de cada um.
2. Após a denúncia ao Conselho Tutelar, por quais serviços passou? Descrever – identificação dos recursos (pessoas, instituições), motivo (escolha, indicação, encaminhamento), período de vínculo, ações realizadas e avaliação acerca de cada um.
3. Outros recursos de apoio (retomar recursos listados na entrevista anterior).

Resultados

1. Comparação dos tipos e intensidade de violência antes da denúncia e atualmente. A que atribui mudança (ou não)?
2. Comparação das características e comportamento do (s) agressor (es) antes da denúncia e atualmente. A que atribui mudança (ou não)?
3. Comparação das características e comportamento da (s) vítima (s) antes da denúncia e atualmente. A que atribui mudança (ou não)?

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM REPRESENTANTES DOS SERVIÇOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA – ISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA - SERVIÇOS

Caracterização do serviço

1. Localização
2. Estrutura
3. Público-alvo
4. Objetivo

Abordagem da violência doméstica

1. Critérios de identificação de casos de violência em geral, e doméstica em particular.
2. Critérios de avaliação da notificação ou ação diante do caso. Condições em que uma notificação é feita.
3. Ações empreendidas no serviço para lidar com a violência. Quais? Por quais profissionais? Direcionadas a quem?
4. Limites e possibilidades da atuação.
5. Exemplos de casos.

Articulação com outros serviços

1. Articulação com outros serviços para ações de saúde em geral, e voltadas para o combate à violência em particular.
2. Critérios e condições para realização de encaminhamentos. (Serviços, vias de comunicação, profissionais envolvidos, ações esperadas, ações realizadas)
3. Critérios e condições em que recebe encaminhamentos. (Serviços, vias de comunicação, profissionais envolvidos, ações esperadas, ações realizadas)
4. Limites e possibilidades da atuação conjunta.
5. Exemplos de casos

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA FAMÍLIAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA – ISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A presente entrevista faz parte de uma pesquisa de doutorado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), de autoria de Carla Silva Soares e orientada pelo Prof. Dr. Jairnilson Silva Paim. Tem como objetivo analisar problemas e necessidades sociais e de saúde de famílias com história de violência doméstica contra crianças, destacando a experiência destas famílias com os serviços de proteção e de saúde de Salvador-BA.

Esta pesquisa não oferece nenhum benefício financeiro ou direto, mas vai nos ajudar a entender como funcionam alguns serviços desta região (como serviços de saúde e Conselho Tutelar), o que as famílias acham deles e como melhorá-los. Entendo que pode ter algum risco para você falar sobre certos assuntos (violência, tratamento recebido nos serviços), mas garanto que vou manter o sigilo sobre a sua identidade.

Como parte da garantia do sigilo, asseguro que só vou utilizar esta entrevista para os fins desta pesquisa. No ato da publicação dos resultados do estudo, será omitido o seu nome ou qualquer outra informação que possa servir para identificá-lo (a). Também é garantido o seu direito de desistir de participar em qualquer momento da pesquisa.

Para esclarecimento de dúvidas, entre em contato comigo através do ISC/UFBA (Rua Basílio Gama s/n, Campus Universitário do Canela, Salvador-BA, CEP 401.110-040, tel. (71) 3283-7414), ou pelo meu e-mail: carla.soares85@gmail.com. Poderá entrar em contato também com o Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA –Rua Basílio da Gama, s/n – 2º andar – 40110-040 – Salvador – Bahia Tel. (71) 3283-7441; email: cepisc@ufba.br

Salvador, _____ de _____ de _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste informante para a sua participação neste estudo.

Carla Silva Soares
Pesquisadora responsável

Concordo em participar voluntariamente desta entrevista, que será gravada. Entendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidades ou prejuízos.

Assinatura do Participante

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA REPRESENTANTES DE SERVIÇOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA – ISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A presente entrevista faz parte da pesquisa de doutorado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), de autoria de Carla Silva Soares e orientada pelo Prof. Dr. Jairnilson Silva Paim. Tem como objetivo analisar problemas e necessidades sociais e de saúde de famílias com história de violência doméstica contra crianças, destacando a experiência destas famílias com os serviços de proteção e de saúde de Salvador-BA.

Esta pesquisa tem como benefício a compreensão da experiência familiar da violência, assim como sua forma de relacionamento com os diferentes serviços de proteção à criança, criando subsídios para transformações e avanços no enfrentamento desta questão. A participação nesta entrevista representa algum risco para você, uma vez que trata de um tema delicado como a violência. Para reduzir este risco, está garantido o sigilo.

Como parte da garantia do sigilo, asseguro que só vou utilizar esta entrevista para os fins desta pesquisa. No ato da publicação dos resultados do estudo, será omitido o seu nome ou qualquer outra informação que possa servir para identificá-lo (a). Também é garantido o seu direito de desistir de participar em qualquer momento da pesquisa.

Para esclarecimento de dúvidas, entre em contato comigo através do ISC/UFBA (Rua Basílio Gama s/n, Campus Universitário do Canela, Salvador-BA, CEP 401.110-040, tel. (71) 3283-7414), ou pelo meu e-mail: carla.soares85@gmail.com. Poderá entrar em contato também com o Comitê de Ética em Pesquisa do ISC/UFBA –Rua Basílio da Gama, s/n – 2º andar – 40110-040 – Salvador – Bahia Tel. (71) 3283-7441; email: cepisc@ufba.br

Salvador, _____ de _____ de _____

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste informante para a sua participação neste estudo.

Carla Silva Soares
Pesquisadora responsável

Concordo em participar voluntariamente desta entrevista, que será gravada. Entendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidades ou prejuízos.

Assinatura do Participante