

## Representações de profissionais da saúde sobre famílias de crianças e adolescentes vítimas de violência

### *Health professionals' representations of the families of children and adolescents who are victims of abuse*

Gerard Viader Sauret <sup>1</sup>  
 Rosa Maria Carneiro <sup>2</sup>  
 Sandra Valongueiro <sup>3</sup>  
 Maria Gorete Lucena de Vasconcelos <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Gerência de Análise Criminal e Estatística. Secretaria de Defesa Social de Pernambuco. Rua São Geraldo, 111. Santo Amaro. Recife, PE, Brasil. CEP: 50.040-020.  
 E-mail: gerardsauret@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Departamento de Medicina Social. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

<sup>3</sup> Programa Integrado de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

<sup>4</sup> Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE, Brasil.

#### Abstract

*Objectives: to examine health-care professionals' representations of the families of children and adolescents who have been victims of violent crime at a public-sector health referral center in Recife, in the Brazilian State of Pernambuco.*

*Methods: ten semi-structured interviews were conducted with psychologists, health professionals, teachers and social workers. These interviews were supplemented by participant observation. The resulting material was submitted to content analysis by theme.*

*Results: the professionals recognized the need to work with the family group by way of various types of intervention and highlighted the initial suffering provoked in the families by the need for the public authorities to interfere. A certain polarization was observed in the representations of families with a history of sexual abuse, compared to other kinds. The term "drop out" was used to refer to families failing to adhere to the treatment provided and the representation of families that failed to complete the treatment as "irresponsible".*

*Conclusions: there is a risk for professionals to stereotype as "uncommitted" those families that fail to adhere to treatment, when they may have experienced difficulties fitting this in with their work schedule. This problem may be especially severe in families headed by women. There are also some communication problems with counselors, which undermines the potential for success of such interventions.*

**Key words** Domestic violence, Health services, Child health services

#### Resumo

*Objetivos: analisar as representações de profissionais da saúde sobre famílias de crianças e adolescentes vítimas de violência, atendidas em um serviço de referência da rede pública de saúde do Recife, Pernambuco, Brasil.*

*Métodos: foram aplicadas dez entrevistas semiestruturadas a psicólogos, trabalhadores e educadores sociais. Também foi realizada observação participante de forma suplementar às entrevistas. O material foi submetido à técnica de análise de conteúdo, modalidade temática.*

*Resultados: os profissionais reconheceram a necessidade de trabalhar o grupo familiar nas diversas formas de intervenção, destacando o sofrimento inicial das famílias provocado pelo fato de terem que aceitar uma intromissão do poder público. Observou-se certa polarização nas representações sobre famílias com dinâmica de violência sexual com relação às outras formas de violência. Destaca-se a utilização da categoria "evasão" para denominar a desistência das famílias ao tratamento oferecido, bem como a representação de "famílias irresponsáveis" entre aquelas que não conseguem concluir o tratamento.*

*Conclusões: alerta-se sobre o risco dos profissionais estereotiparem como "descompromissadas" aquelas famílias que desistem do tratamento, quando podem ocorrer situações de dificuldade de compatibilização dos horários de trabalho com os de assistência ao serviço. Este problema pode ser especialmente sério em lares chefiados por mulheres. Detectaram-se também ruídos no tocante à articulação com conselheiros tutelares, dificultando o sucesso das intervenções.*

**Palavras-chave** Violência doméstica, Serviços de saúde, Serviços de saúde da criança

## Introdução

A violência contra crianças e adolescentes hoje constitui um grave problema social e de saúde pública que se reproduz geração após geração. A World Health Organization<sup>1</sup> reconhece como medidas preventivas eficazes, no nível relacional, as estratégias de apoio institucional às vítimas e às suas famílias. O conjunto da literatura nacional sobre violência intrafamiliar aponta a pertinência da perspectiva de integrar o grupo familiar às práticas de acompanhamento terapêutico usualmente destinado às vítimas.<sup>2-9</sup> De acordo com Deslandes e Assis,<sup>10</sup> porém, experiências internacionais mais recentes, inspiradas na filosofia da promoção de “ambientes familiares saudáveis”, vão além da mera participação sistêmica, buscando o empoderamento das famílias e o estímulo das capacidades nelas existentes.

A família é considerada uma das instituições sociais mais importantes que existem, ao exercer funções básicas, como a reprodução física e social dos seus membros, tendo por base os arranjos das relações afetivo-sexuais entre os mesmos, assim como o valor moral socialmente atribuído aos laços de parentesco que os unem.<sup>11-13</sup> Nesse sentido “a família é um *locus* privilegiado de solidariedades, no qual os indivíduos podem encontrar refúgio contra o desamparo e a insegurança da existência”<sup>14</sup> (p. 36). Mas também deve perceber-se que essas solidariedades amiúde se desenvolvem de forma coativa a partir de referenciais hierárquicos de geração e gênero.<sup>15-16</sup>

De acordo com Segalen,<sup>12</sup> a partir dos anos 1990 surge um novo discurso sobre a família que enfoca os papéis protetores e cuidadores dos seus membros sadios e a valoriza como espaço privilegiado de desenvolvimento das relações interpessoais. Ora, essa nova tendência tem costumado negligenciar o fato de que “o núcleo familiar não é uma ilha de virtudes e de consensos num mar conturbado de permanentes tensões e dissensões”<sup>14</sup> (p. 36).

Para Scott,<sup>15</sup> no mundo contemporâneo o ambiente sociopolítico favorecedor da busca de direitos individuais faz com que a família seja entrecortada “pelas suas diversas linhas hierárquicas, realçando valores em competição e promovendo uma percepção e formação mais e mais fragmentada de famílias” (p. 234). Disso deriva que o foco das políticas públicas não é de fato as famílias, mas os seus membros “como alvos de direitos” (p. 236).

De acordo com Mioto,<sup>16</sup> a política social brasileira desenhou-se de forma extremamente setorializada e institucionalizada, elegendo “o indivíduo

como o epicentro de suas atenções”. Assim, os programas de orientação e apoio sociofamiliar estariam organizados em “serviços centrados basicamente em indivíduos-problema” (p. 54). Os processos de assistência às famílias teriam sido construídos com base na crença de que todas as famílias, “independentemente de suas condições objetivas de vida e das próprias vicissitudes da convivência familiar, devem ser capazes de proteger os seus membros”. E foi a partir deste crivo ideológico que pode ser operada uma distinção básica entre “famílias capazes e famílias incapazes” (p. 51).

Deslandes e Assis<sup>10</sup> apontaram que as diversas visões e concepções dos profissionais sobre a instituição familiar podem influir na adoção de abordagens mais incluídas ou mais seletivas e no tipo de suporte que é oferecido no serviço. As categorizações sobre as famílias atendidas também incidem sobre a percepção do potencial resiliente das mesmas, o que reverte, em última instância, em maiores chances de superação ou redução da violência. Nesse sentido, expectativas pouco alentadoras de profissionais com relação a certas famílias, percebendo-as como desestruturadas ou desorganizadas, podem contribuir para o insucesso da intervenção. Ao passo que ao haver uma maior expectativa de melhora, essa credibilidade é transferida para o grupo, que passaria a adotar um papel mais pró-ativo no atendimento.

De modo semelhante, Vecina<sup>8</sup> argumenta que muitos dos profissionais que trabalham com casos de violência intrafamiliar desenvolvem resistências, preconceitos e *tabus*, pois têm grande dificuldade de compreensão de como ocorre a dinâmica desse tipo de violência, o que contribuiria para que a intervenção não fosse bem sucedida.

Nessa perspectiva, este texto objetiva analisar as representações sobre famílias atendidas por profissionais de saúde de um serviço de referência para crianças e adolescentes vítimas de violência. O trabalho faz parte de uma pesquisa mais ampla que examinou a relação dinâmica entre representações e práticas de atendimento desses profissionais.<sup>17</sup>

## Métodos

Buscando-se compreender as significações que os profissionais da saúde atribuem ao comportamento dos familiares das vítimas atendidas, optou-se por realizar estudo de caso qualitativo.<sup>18-19</sup> Para tanto, lançou-se mão do conceito de “representações”. Estas, de acordo com Minayo,<sup>18</sup> são definidas nas ciências sociais como “categorias de pensamento, de

ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a” (p. 158). Subscorre-se aqui a definição de Queiroz,<sup>20</sup> para quem as representações são um tipo de saber, socialmente negociado, contido no senso comum e na dimensão cotidiana, que permite ao indivíduo uma visão de mundo e o orienta nos projetos de ação e nas estratégias que desenvolve em seu meio social (p. 27).

Para o levantamento dos dados, elegeu-se como unidade de observação um serviço de referência destinado a crianças e adolescentes vítimas de violência da rede pública de saúde do Recife, Pernambuco, Brasil. O nome do serviço aqui será mantido em sigilo. Nele foram realizadas entrevistas semiestruturadas a profissionais que formavam parte da equipe técnica do citado serviço, entre novembro e dezembro de 2007. Os entrevistados foram dez (de um total de onze profissionais): o coordenador (psicólogo), cinco psicólogas, dois assistentes sociais e dois educadores sociais. O tamanho da amostra obedeceu ao critério de saturação, observando-se repetição dos conteúdos levantados entre os últimos entrevistados.<sup>18</sup> Todos os profissionais foram entrevistados em suas salas de trabalho, em ambiente privativo, em uma única sessão, com duração média de 63 minutos por entrevista.

Para se ter acesso às representações que os profissionais detêm sobre as famílias atendidas foram explorados diferenciais na percepção das mesmas de acordo com três critérios: a) em comparação às famílias do conjunto da sociedade; b) comparando-as segundo o tipo de agravo atendido (violência física, sexual, psicológica e negligência); c) comparando-as segundo as famílias que conseguem reverter o quadro de violência e as que não conseguem.

Para facilitar a contextualização das falas dos entrevistados e visando garantir o seu anonimato foram utilizados os seguintes códigos: AS (Assistente Social), P (Psicólogo), ES (Educador Social); seguidos do número correspondente à sequência das entrevistas.

No trabalho de campo, também foi realizada observação participante (OP), mediante roteiro pré-definido e com anotações em diário de campo. Utilizou-se a variante observador-como-participante, em que a observação é usada como uma estratégia complementar à entrevista, privilegiando-se os momentos imediatamente anteriores e posteriores às mesmas.<sup>21</sup> Assim, a OP permitiu coletar evidências sobre a autenticidade de certas informações referentes à organização das práticas de trabalho no serviço.

Para a análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, que visa à extração e interpretação de unidades de significação (núcleos de sentido) a respeito de determinados assuntos (categorias temáticas) escolhidos em função do interesse teórico do investigador. Para tanto, foram aplicados de forma flexível os procedimentos propostos por Bardin,<sup>22</sup> Gomes *et al.*,<sup>23</sup> e Minayo.<sup>18</sup>

Em primeiro lugar procedeu-se à pré-análise do material, na qual foram definidos três *corpus* (conjuntos do material empírico), de acordo com as categorias profissionais da equipe técnica e realizou-se leitura flutuante dos mesmos. Na fase da exploração do material os documentos foram recortados por unidades de registro em função das diversas categorias temáticas. Em seguida, realizou-se uma condensação dos núcleos de sentido e dos temas, reagrupando-os em torno de categorias centrais. Na análise final as interpretações foram feitas tanto com base na frequência dos núcleos de sentido<sup>22</sup> quanto na sua constância (presença/ausência) nos diversos *corpus*.

Atendendo à Resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), o estudo só foi realizado após o recebimento do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE), assinando todos os entrevistados um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados e Discussão

No serviço estudado, o trabalho de atendimento a crianças/adolescentes vitimizadas e suas famílias é realizado por uma equipe multiprofissional que faz uma abordagem psicossocial. Foi constatado que são promovidos diversos tipos de intervenções visando a incluir o grupo familiar, como reunião mensal de grupos socioeducativos de pais e responsáveis, orientação personalizada aos familiares (mensal também), visita domiciliar, assim como oficinas e palestras de prevenção. Mas não existe atendimento psicoterápico ao grupo familiar, convergindo com as observações feitas por Deslandes e Assis<sup>10</sup> em dez serviços de diversas regiões do Brasil. A maioria dos profissionais entrevistados (oito casos) é do sexo feminino e a média do tempo de trabalho no serviço foi de 4,6 anos.

À luz dos dados coletados pode-se afirmar que os entrevistados acreditam nas possibilidades reais de cada família em reverter a dinâmica de violência. E não se encontraram indícios de que a percepção

destas como desestruturadas e/ou disfuncionais comprometesse tal expectativa. Há um consenso entre a equipe técnica de que deve haver um foco estratégico no atendimento à família: “porque se a família não andar junto, infelizmente a gente não chega a lugar nenhum” (P6). As representações acerca da necessidade desta empreitada, porém, podem alternar-se entre um viés mais positivo para uns, quando a família é representada como essencial para o bom andamento do processo terapêutico (P6), ou negativo para outros, quando ela não se envolve devidamente e é rotulada como “uma dificuldade” no atendimento (P1).

### **Famílias normais e empobrecidas**

Em geral os profissionais do serviço não apontam diferenças entre as famílias atendidas e as demais que compõem a sociedade. As famílias consideradas “normais” são percebidas também com seus problemas, conflitos e dificuldades, não havendo, portanto, solução de continuidade entre umas e outras. Na ótica dos argumentos de Deslandes e Assis,<sup>10</sup> esta seria uma atitude positiva por parte da equipe técnica.

Foi possível identificar um primeiro núcleo de sentido que associa a representação das famílias atendidas com o sofrimento e a baixa autoestima provocadas pela intromissão do poder público na privacidade do grupo familiar. Quando questionada sobre possíveis nuances entre as famílias “normais” e as famílias com dinâmica de violência instaurada, uma profissional (P6) explicou que a diferenciação entre elas se deve a que estas últimas têm que passar por um processo de intervenção psicossocial no serviço. Tal situação significaria expor a intimidade daquela família ao olhar invasivo dos profissionais. Por conta disso, a família reagiria adotando uma atitude defensiva no atendimento. Na opinião dela, não deixa de ser uma reação normal que demanda um cuidado especial por parte da equipe técnica.

A resistência e a diferenciação dessas famílias parecem decorrer do fato de que a aceitação do atendimento significa para elas o reconhecimento público de que precisam de ajuda e de que fracassaram no desempenho do papel de cuidadoras. Tal aceitação produziria um sofrimento extra nessas famílias, que chegam aos serviços com a autoestima muito baixa: “... elas terminam tendo alguma particularidade porque elas próprias já começam a se diferenciar. Elas mesmas, por si só, já começam a se (...) diminuir, a se rebaixar, né? e se esconder” (E5).

Constatou-se assim a vigência do princípio da

cidadania invertida, citado por Mioto,<sup>16</sup> segundo o qual “o acesso aos programas de apoio sociofamiliar implica a comprovação do fracasso dos indivíduos” (p. 56), traduzindo-se, no caso concreto, em sofrimento e resistência das famílias ao atendimento. Ora, essa constatação não pode levar à inação, pois os direitos da criança violentada pesam mais do que o princípio da privacidade familiar. Para Ferreira e Schramm,<sup>24</sup> nessas situações a interferência estatal na dinâmica familiar torna-se eticamente justificável, desde que se tenha o cuidado de tentar preservar, na medida do possível, a integridade da família.

Um segundo núcleo de sentido identifica as famílias atendidas com o universo social da pobreza. Pois todos os entrevistados apontaram que a maioria das famílias atendidas é pobre. Esta realidade reflete o fato de que no Sistema Único de Saúde (SUS) apenas chegam as pessoas de menor poder aquisitivo ou as que não têm acesso aos planos de saúde.

No entanto, é pertinente evocar a análise de Mioto,<sup>16</sup> para quem os programas de apoio sociofamiliar padecem com “o problema da permeabilidade dos limites das famílias, da sua vida privada em relação aos órgãos do Estado e de seus representantes”. Essa permeabilidade seria diretamente proporcional à vulnerabilidade social das famílias. Assim, as mais pobres e desestruturadas teriam maior probabilidade de receberem visitas da assistência social para verificar suspeitas de violência. Contrariamente, “as famílias consideradas normais conseguem defender com mais facilidade a sua privacidade, esconder com mais sucesso as suas violências e buscar alternativas de soluções sem publicização” (p. 50).

A representação das famílias atendidas no serviço como pobres está imbricada com uma teia de circunstâncias que vêm a comprometer o sucesso do atendimento. Em primeiro lugar, há o reconhecimento de que a maioria tem dificuldade para se deslocar para o serviço e não dispõe de dinheiro ou de vales-transporte em número suficiente para garantir atendimento com regularidade. Além disso, essas famílias não dispõem de telefone convencional e sim de celular pré-pago. Tais circunstâncias vêm à tona porque interferem nas estratégias de atendimento num contexto de restrição gerencial dos recursos. Desta forma, em períodos passados, o serviço já dispôs de quantidade maior de vales-transporte para distribuir entre as famílias assistidas, bem como de uma linha telefônica com possibilidade de ligação a celular. Desde que houve decisão administrativa de cortar tais despesas o serviço vem enfrentando maior dificuldade para manter uma boa

comunicação com as famílias mais necessitadas e garantir a sua acessibilidade.

Em segundo lugar, a pobreza das famílias foi percebida pelos profissionais como fator que aumenta a dependência da mulher em relação ao cônjuge. O que foi identificado como obstáculo que pode interferir decisivamente na hora de denunciar o autor da violência, quando se trata do cônjuge (especialmente, em casos de abuso sexual) ou inclusive na decisão de manter os filhos no atendimento. Este problema foi identificado também por Araújo<sup>5</sup> no atendimento a famílias incestuosas.

Em terceiro lugar, neste cenário de pobreza e desemprego, percebeu-se o alto número de famílias chefiadas por mulheres entre a clientela do serviço, observando-se como esse é um importante empecilho para a organização de grupos terapêuticos semanais para as mães:

É muito grande o número de famílias que não têm a figura do pai presente. E quando têm, às vezes este pai não trabalha, é um bêbado que fica lá como mais um filho, mais um, um peso para aquela mulher cuidar. (...) É porque mães, elas não têm a disponibilidade sempre. Algumas têm, outras não, de estar semanalmente aqui. (...) Porque tem mãe que trabalha o dia inteiro (...). Porque ela tem que trazer comida para dentro de casa (P8).

Cabe salientar que tal observação coaduna-se com a realidade social registrada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.<sup>25</sup> De acordo com os dados do Censo 2000, as mulheres eram as responsáveis por 24,9% do total de domicílios particulares permanentes do país naquele ano, enquanto que em Pernambuco, essa proporção era de 28,3%.

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

Com relação aos tipos de violência, os profissionais perfilarão algumas caracterizações interessantes. Há uma percepção generalizada que converge em dicotomizar as diferenças entre as famílias com crianças/adolescentes que sofreram violência sexual e as que sofreram alguma das outras violências (física, psicológica ou negligência). Ou seja, seria uma representação que tenderia a privilegiar a especificidade do abuso sexual com relação aos outros tipos de violência e em detrimento dos mesmos.

Em primeiro lugar, representa-se uma diferenciação no modo em como as famílias se comportam violentamente com seus descendentes na sociedade. Um núcleo de sentido circunscreve nitidamente as

famílias com crianças abusadas sexualmente, descrevendo-as como mais desconfiadas e discretas diante do olhar público: “é como se elas fossem mais desconfiadas, estivessem se esgueirando, se escondendo mais” (ES5). Isso é explicado por ser a violência sexual mais repudiada socialmente: “É mais condenada por ser um tipo de repressão pior. E por isso, parece que as pessoas realmente se escondem mais” (ES5). Portanto, é uma violência que acontece mais na privacidade da vida familiar. Ou que nos espaços públicos “existe uma questão de ver um lugar mais reservado, de camuflar, às vezes” (AS10).

Essa maior invisibilidade social do abuso sexual está relacionada com a questão da “lei do silêncio”. Trata-se de uma norma imposta entre os membros do grupo familiar visando a minimizar a responsabilização do autor, o que pode acarretar a reprodução das práticas abusivas, percorrendo várias gerações sem que a situação seja denunciada.<sup>5</sup>

Com relação às famílias com dinâmica de violência física ou psicológica contra crianças e adolescentes, é possível reconhecer um núcleo de sentido na fala dos profissionais que sublinha a espontaneidade e ostensividade do comportamento violento destas famílias, tornando-o visível nos espaços públicos. Isto decorre do fato da violência física despontar ainda como estratégia para disciplinar e educar os filhos. Como apontam Assis e Deslandes<sup>26</sup> a generalizada aceitação cultural da punição pedagógica às crianças e adolescentes continua sendo um dos principais óbices para o enfrentamento do problema na sociedade brasileira, permitindo a sua perpetuação.

Em segundo lugar, depois que a violência é revelada e a família chega ao atendimento é possível observar mais núcleos de sentido, contrapondo-se, de novo, as representações dos profissionais sobre as famílias com casos de abuso sexual com relação às que chegam por outras formas de violência.

Assim, uma profissional explicou que nas famílias com crianças/adolescentes abusadas sexualmente existe “um cuidado, uma cautela maior por parte dos cuidadores”, como se fosse uma família “mais cuidadosa, mais temerosa”, e com maior propensão também a apresentar sintomas de medo e fobia (P6). Outra profissional convergiu dizendo que as famílias que vivenciam casos de violência sexual “começam uma superproteção àquela criança, exagerada” (AS3).

Cabe salientar que alguns profissionais afirmaram que certas famílias com crianças/adolescentes abusadas demonstraram precisar de mais atendimento do que a própria criança, haja vista o

impacto gerado pela revelação do abuso sexual. Isso seria especialmente válido para as mães, que expressam ter falhado no seu papel de cônjuge ao não serem capazes de satisfazer a sexualidade do marido:

[...] que a criança muitas vezes não precisa do atendimento e sim a família. Porque não consegue passar por esta situação da violência sexual. Então, tem essa outra característica. A criança foi a vítima, mas a criança nem... (...). Não demonstra que... quem demonstra são as famílias (AS3).

Nessas situações, a família é concebida, de fato, como o restante do grupo, descontados a vítima e o autor, até porque geralmente, “o agressor ou foge ou é preso” (AS3). Então, a família que fica com a criança é vista como colaborativa porque está tentando ajudar. E o membro que entra em litígio judicial, na representação do profissional, é simbolicamente expurgado do grupo familiar. Esta representação excludente surge do posicionamento incondicional dos profissionais e do serviço a favor da vítima e contra o abusador.

Em contraposição, a representação das famílias com crianças vítimas de violência física, psicológica ou negligência gravita em torno de um núcleo de sentido que perfila um comportamento de descaso, manifestado através de certas atitudes desleixadas desses pais para com seus filhos. São “pais que discutem muito em casa”, que “batem muito no filho” e que “não tão nem aí” (P6). O que demandaria uma intervenção diferenciada e contundente.

Para uma assistente social, que lida mais diretamente com os familiares das vítimas do que com as crianças/adolescentes vitimizadas propriamente, os casos de violência psicológica são concebidos como mais complicados: “É mais fácil você tratar e encaminhar uma família que foi vítima da violência sexual ou física do que uma família que veio aqui por conta da questão da violência psicológica” (AS3). Interpreta-se que os casos de abuso sexual, nesta tessitura, são considerados menos complicados pelo fato de o cônjuge estar ausente (foragido do lar, preso ou afastado do convívio familiar). Já os casos de violência psicológica podem levar os profissionais a envolverem-se, sem querer, em litígios conjugais, expondo-os a tentativas de manipulação por ambas as partes. Este tipo de situação demanda uma visão mais ampliada, que incorpore a perspectiva de gênero<sup>5,27,28</sup> ao recorte de geração com que se costuma trabalhar o problema da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.

Em suma, as diversas dificuldades dos profes-

sionais em lidarem com os problemas das famílias que vitimam violentamente as crianças terminam por revelar como o paradigma do indivíduo-problema<sup>16</sup> continua vigente como princípio estruturante dos programas de apoio sociofamiliar no Brasil. Leve-se em conta que, alguns autores<sup>10,29</sup> já alertaram sobre o risco de que esse foco excessivo em determinados públicos-alvos impeça a detecção e abordagem correta da circularidade da violência entre os diversos membros do grupo familiar.

### **Descompromisso e “evasão”**

Existe um amplo consenso entre os profissionais sobre a capacidade das famílias em reverterem a dinâmica de violência doméstica. Mas, ao mesmo tempo, há também convergência em asseverar que a consecução de tal empreitada é difícil e está condicionada ao compromisso das mesmas em se envolverem no atendimento. Concomitantemente aos casos das famílias “que ficam, que têm alta, que vão em busca desta mudança, desta felicidade de comportamento” coexistem também outras que, julga-se, “não estão realmente querendo essa mudança” (AS3). Na opinião de outra entrevistada, “a grande maioria, percebo que elas conseguem engajamento. Algumas não se comprometem e essas realmente depois abandonam” (P4).

Segundo dados do próprio serviço, o número de “evasões” (como são chamados no local os casos que abandonam prematuramente o processo terapêutico) representa quase a metade dos casos atendidos. No período compreendido entre 2003 e 2007 foram registradas 190 “evasões” de um total de 400 atendimentos (47,5%). Na percepção dos profissionais, o problema da “evasão” é complexo e determinado por diversos fatores. Ferreira e Souza<sup>30</sup> apontam que o abandono do tratamento é um problema comum em todas as instituições que atendem crianças e adolescentes em situação de violência do país. E ressaltam a importância de se monitorar a proporção desses eventos e explorar as suas causas. No serviço estudado, os profissionais elencaram diversos motivos para tal desfecho.

Em primeiro lugar, como já foi dito, as precárias condições econômicas das famílias levam a uma série de situações que comprometem a acessibilidade ao serviço, agravada num contexto de restrição gerencial de recursos no serviço, propiciando-se a descontinuidade do atendimento. Em segundo lugar, o descomprometimento da família é sentido como outro problema grave que dificulta o atendimento e pode gerar o atraso na alta do filho/a ou, em última instância, a “evasão” do caso.

Nessa ótica, as chances de sucesso do tratamento viriam determinadas pela consciência dos familiares responsáveis pelas vítimas e sua observância dos preceitos, orientações e conselhos repassados no atendimento. A força de vontade é o principal elemento apontado pelos profissionais para que a família participe, com regularidade e pontualidade no serviço: “As crianças que têm mais sucesso são as que os pais, o pai e a mãe dão assistência. O casal vem já para a primeira entrevista, o casal conversa, entendeu?” (P9).

Assim, os profissionais percebem que a família que demonstra compromisso com o serviço consegue ter alta mais rapidamente. Já outras famílias, com a sua atitude descompromissada, revitimizarão a criança, ao atrasar o seu processo terapêutico. A qualificação de “irresponsabilidade” é concebida nos depoimentos dos profissionais como frouxidão moral daqueles que tem a obrigação moral e legal de cuidar e proteger.

Também foram apontados os casos de famílias que abandonam o tratamento e posteriormente procuram o serviço por perceberem que os problemas psicológicos da criança permanecem. O fluxo pré-estabelecido no serviço determina que tais famílias passem por uma avaliação diante de profissionais para “sentir o peso da responsabilidade”. Pois a criança “já poderia estar em processo de alta e não está e que vai começar tudo de novo” (AS3). Vale ressaltar que todos esses casos são aceitos, pois há o entendimento de que a criança/adolescente precisa ser atendida.

Se por um lado a representação de descomprometimento aparece associada com a de irresponsabilidade da família, ou seja, motivada por um fator endógeno ao próprio grupo familiar, por outro também pode aparecer associada a um fator exógeno: uma representação negativa do serviço insuflada pelo Conselho Tutelar (especialmente nos casos de violência física), e que merece destaque.

Os profissionais reclamam que certos conselheiros tutelares propagam, através de gestos, missivas e palavras uma visão distorcida do que é o serviço de atendimento para vítimas de violência, associando-o a um castigo. Essa representação negativa sobre o serviço e a sua função, antes mesmo de conhecê-lo, faz com que os familiares venham com uma resistência inicial, o que demanda habilidade profissional para desfazê-la.

O atendimento desses casos fica prejudicado e torna-se difícil justamente pela necessidade de desconstruir a imagem do serviço. Os familiares “acham que vai ser mais um órgão que vai estar bisbilhotando a vida deles” (AS3), assim como o

próprio Conselho Tutelar e a polícia. Nos primeiros atendimentos, os familiares geralmente não falam sobre o que aconteceu com a criança/adolescente e o profissional deve ter cuidado especial em trabalhar e respeitar esse tempo também.

[...] porque tem muitas famílias que vêm encaminhadas pelos Conselhos Tutelares e acham que aqui a gente vai fazer uma supervisão, vai investigar a vida da família. (...) Elas escondem informações, elas não relatam coisas, não é? Que só no decorrer do tempo que ela vê que ninguém vai brigar, ninguém vai fazer um relatório para a Justiça para dizer que elas estão errando, é que elas começam a assimilar qual é realmente o nosso verdadeiro papel (...) que o foco é ajudar a integração desta família (AS3).

Outra profissional sente que as mães de vítimas de violência física têm uma grande dificuldade de procurar o serviço e aceitar o tratamento. “Mas é uma coisa que a gente sente que na violência física há uma resistência ao tratamento. Da mãe vir, né? Ela traz arrastado porque o Conselho Tutelar mandou, porque foi encaminhada por alguém. Vem quase por uma imposição, ela vem” (P4). Esta profissional concluiu: “há uma resistência ao tratamento e isso resulta no não comprometimento com o tratamento”. Consequentemente há uma tendência a que esses casos não sejam bem sucedidos e possam vir a fracassar.

### Considerações finais

Foram analisadas as representações de profissionais da saúde sobre famílias com dinâmicas violentas contra crianças e adolescentes, com o intuito de fornecer subsídios para o aprimoramento das práticas de atenção a este público. Os achados indicam que os profissionais não diferenciam nas suas representações as famílias que acodem ao serviço das que não precisam dele. Eles as consideram tão normais quanto as demais existentes na sociedade, com a ressalva de que a maioria é pobre. No espectro social atendido, contudo, foi apontado como fator diferenciador o sofrimento gerado pela intromissão dos profissionais na privacidade familiar. Assim, o atendimento deve levar em conta também este ponto, que exige uma dedicação especial por parte da equipe técnica, de modo a promover a autoestima da família.

Apesar de tratar-se de um serviço especializado que elegeu a criança e o adolescente como o epicentro de suas atenções, é importante que os profissionais estejam alerta à circularidade das diversas formas de violência entre os componentes

do grupo familiar. O que demanda uma intervenção mais sistêmica que incorpore também outras perspectivas analíticas, como a de gênero.

Ainda foi possível identificar uma clara representação de irresponsabilidade e descomprometimento, que recai especificamente na imagem daquelas famílias que abandonam o tratamento, que se “evadem”. Ante esta representação de frouxidão moral é preciso alertar sobre o risco de generalização, pois tal visão pode obscurecer outras circunstâncias na vida das famílias motivadoras do abandono.

Assim, os profissionais observaram certos fatores vinculados ao universo da pobreza na qual estão inseridas tais famílias que atrapalham o seu acesso ao serviço, com destaque para a ausência ou pouca participação da figura masculina conjugal/paterna na vida doméstica. Esta circunstância compromete as possibilidades de desenvolvimento de certas formas de intervenção em grupos, bem como as reais chances de participar assiduamente das atividades oferecidas.

Em última instância caberia indagar se a própria noção de “evasão”, comumente expressa pelos profissionais do serviço, revela um senso de obrigatoriedade do tratamento para as famílias. Pois quem se “evade” de um lugar pode achar que está sendo obrigado por um poder institucional superior a realizar o tratamento. Reforça-se paradoxalmente, a

visão distorcida propagada pelo Conselho Tutelar, que alguns dos profissionais tanto criticaram. Desta feita, os ruídos revelados com relação àquela instituição devem servir de mote para oportunizar uma maior aproximação e comunicação com a mesma.

Finalmente, abre-se espaço ao clamor dos profissionais por melhores condições de acessibilidade e atendimento: o que poderia ser propiciado com o aumento da quantidade de vales-transporte destinados aos pacientes e suas famílias; liberação das ligações para telefone celular; priorização dos encaminhamentos internos dos familiares para outros serviços de rede assistencial; melhoria no isolamento acústico da sala de grupo, garantindo o sigilo necessário ao atendimento psicoterápico individual e em grupo. São pequenos condicionantes que se convertem em grandes obstáculos ao propósito de estimular o potencial das famílias para encontrar uma saída ao problema da violência. Solucionar tais empecilhos contribuiria para promover atendimento universal, integral, equitativo, efetivo, eficiente e de qualidade.

## Agradecimentos

A toda a equipe do serviço de referência que colaborou na realização da pesquisa. Ao professor Djalma Agripino de Melo Filho pela gentileza com que se prestou à correção e crítica deste artigo.

## Referências

1. World Health Organization. World report on violence and health. Geneve; 2002.
2. Deslandes SF. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10 (Suppl 1): 177-87.
3. Ferreira AL, Gonçalves HS, Marques MJV, Moraes SRS. A prevenção da violência contra a criança na experiência do ambulatório de atendimento à família: entraves e possibilidade de atuação. *Ciê Saúde Coletiva*. 1999; 4: 123-30.
4. Gonçalves HS, Ferreira, AL, Marques, MJV. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. *Rev Saúde Pública*. 1999; 33: 547-53.
5. Araújo MF. Violência e abuso sexual na família. *Psicol Estud*. 2002; 7: 3-11.
6. Guimarães NA, Farias EP, Barbosa AMFC. O incesto como problema de violência: atendimento e estratégias de interrupção. In: Lima CA, coord. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 81-6.
7. Brito AMM, Zanetta DMT, Mendonça RCV, Barison SZP, Andrade VAG. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciê Saúde Coletiva*. 2005; 10: 143-9.
8. Vecina TCC. Reflexões sobre a construção dos papéis de vítima, vitimizador e não protetor nas situações de violência intrafamiliar. In: Silva HO, Silva JS. *Análise da violência contra a criança e o adolescente segundo o ciclo de vida no Brasil: conceitos, dados e proposições*. São Paulo: Global; Brasília: Unicef; 2005. p. 161-78.
9. Werner MCM. Terapia familiar no abuso sexual. In: ATF-RIO Associação de Terapia de Família do Rio de Janeiro, coordenador. *Diversidades e abordagens na família brasileira*. Rio de Janeiro: Booklink; 2006. p. 118-27.
10. Deslandes SF, Assis SG, coordenadores. *Famílias: parceiras ou usuárias eventuais?: Análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes*. Brasília: Claves/ENSP/Fiocruz, Unicef; 2004.
11. Goode W. A família enquanto componente da estrutura social. In: Goode W. *A família*. São Paulo: Livraria Pioneira; 1970.
12. Segalen M. *Sociologia da família*. Terramar, Lisboa; 1999.
13. Sarti CA. *A família como espelho*. São Paulo: Cortez; 2007.
14. Pereira-Pereira PA. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In:



- Sales MA, Matos MC, Leal MC, orgs. Política social, família e juventude. São Paulo: Cortez; 2004. p. 25-42.
15. Scott RP. A família brasileira diante de transformações no cenário histórico global. *Rev Anthropol.* 2005; 9: 217-42.
  16. Miotto RCT. Novas propostas e velhos princípios: a assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apóio sociofamiliar. In: Sales MA, Matos MC, Leal MC, orgs. Política social, família e juventude. São Paulo: Cortez; 2004. p. 43-60.
  17. Sauret GV. A família em foco: representações e práticas de profissionais que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar [dissertação]. Recife: Programa Integrado de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco; 2008.
  18. Minayo MS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: HUCITEC; 2006.
  19. Godoy AS. Estudo de caso qualitativo. In: Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais. Paradigmas, estratégias e métodos. São Paulo: Saraiva; 2006. p.115-46.
  20. Queiroz MS. Representações sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. In: Barata RBB, Brinceño León R, orgs. Doenças endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 27-46.
  21. Deslandes SF. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: Minayo, MCS, Assis SG, Souza ER, orgs. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 157-84.
  22. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: ed. 70; 2004.
  23. Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, orgs. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 185-221.
  24. Ferreira AL, Schramm FR. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Rev Saúde Pública.* 2000; 34: 659-65.
  25. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censo Demográfico 2000. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. CD-ROM.
  26. Assis SG, Deslandes SF. Abuso físico em diferentes contextos de socialização infanto-juvenil. In: Lima CA, coord. Violência faz mal à saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. p. 47-57.
  27. Couto MT, Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Kiss LB. Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher, São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2006; 11 (Supl): 1323-32.
  28. Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40 (especial): 112-20.
  29. Reichenheim ME, Dias AS, Moraes CL. Co-ocorrência de violência física conjugal e contra filhos em serviços de saúde. *Rev Saúde Pública.* 2006; 40: 595-603.
  30. Ferreira AL, Souza ER. Análise dos indicadores de avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24: 28-38.

---

Recebido em 29 de setembro de 2010

Versão final apresentada em 16 de maio de 2011

Aprovado em 13 de julho de 2011