



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**

**A SAÚDE E A INTERSETORIALIDADE NO ENFRENTAMENTO À  
VIOLÊNCIA: A REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA E AO  
ADOLESCENTE DO MUNICÍPIO DE NITERÓI.**

**LUIZ FELIPE CARDOSO SANTOS**

**Junho de 2006**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
NÚCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE COLETIVA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA  
Mestrado em Saúde Coletiva  
Área de Concentração: Políticas e Planejamento em Saúde**

**A SAÚDE E A INTERSETORIALIDADE NO ENFRENTAMENTO À  
VIOLÊNCIA: A REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA E AO  
ADOLESCENTE DO MUNICÍPIO DE NITERÓI.**

**LUIZ FELIPE CARDOSO SANTOS**

**Dissertação apresentada ao Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva e ao Departamento de Medicina Preventiva da UFRJ, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva.**

**ORIENTADORES:**

**Profa. Dra. Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti**

**Profa. Dra. Nívia Valença Barros**

**Rio de Janeiro,**

**Junho de 2006**

## FOLHA DE APROVAÇÃO

A Saúde e a Intersetorialidade no enfrentamento à violência: a Rede de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente do Município de Niterói.

LUIZ FELIPE CARDOSO SANTOS

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, aprovada pela banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

---

Prof. Dr \_\_\_\_\_ NESC / UFRJ (pres. da banca)

---

Prof. Dr \_\_\_\_\_

---

Prof. Dr \_\_\_\_\_

---

Prof. Dr \_\_\_\_\_

---

Prof. Dr \_\_\_\_\_ NESC / UFRJ (suplente)

---

Prof. Dr \_\_\_\_\_ (suplente)

Rio de Janeiro  
2006

**FICHA CATALOGRÁFICA**

Santos, Luiz Felipe Cardoso.

xx, 165 p.

**Orientador:** Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti  
Nívia Valença Barros

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva - NESC, 2006.

1. Violência e Saúde. 2. Violência Intrafamiliar. 3. Violência Doméstica. 4. Intersetorialidade. 5. Rede. - Teses

I – Cavalcanti, Maria de Lourdes Tavares & Barros, Nívia Valença (Orient.) II – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III – Título.

**À minha família, direta ou indiretamente responsável pela possibilidade desta caminhada, compartilhando as dificuldades e os sucessos, e solidária em muitos momentos em que minha ausência se fez necessária.**

## AGRADECIMENTOS

Às professoras Maria de Lourdes Tavares Cavalcante e Nivia Valença Barros, orientadoras deste trabalho, pela forma serena e transparente de suas críticas e sugestões.

Aos integrantes da Rede Municipal de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente de Niterói, pela oportunidade, acolhimento, disponibilidade e atendimento às necessidades desta pesquisa.

À musicoterapeuta Leila e às enfermeiras Fátima e Glória, pelas contribuições e incentivo.

Aos amigos de turma do mestrado (NESC), pelo apoio nas minhas dificuldades e pelo estímulo permanente.

Aos amigos dos meus locais de trabalho, pela inequívoca compreensão.

À Joyce, Leílson e Lenise, pelas participações singulares.

À Leca, pela paciente revisão deste trabalho.

## RESUMO

Este trabalho tem por objetivo refletir sobre a “Rede Municipal de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente de Niterói”, dando ênfase aos representantes do Setor Saúde ali constituídos, focalizando a violência intrafamiliar como um problema complexo abordado por esta Rede. Aponta a gravidade da violência praticada no cenário familiar contra as crianças e adolescentes e reflete sobre este tema no contexto de preocupação da Saúde Pública. Toma como desafio explorar os desdobramentos das atividades realizadas por esta Rede, como uma contribuição baseada no conceito de intersetorialidade no enfrentamento a este e outros tipos de violência.

Optamos pela a metodologia de pesquisa qualitativa, tendo como instrumento de análise as entrevistas não diretivas, a observação de campo e o levantamento de documentos internos desta Rede. A análise temática do material de campo foi realizada com base na análise de conteúdo.

Os resultados apontados situam a Rede Municipal de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente como uma importante espaço de interlocução de experiências, saberes e poderes que, apesar de fragilidades constatadas, se articulam em benefício de sua missão, impactando positivamente seu público alvo, no contexto da promoção da saúde. Além disso, considera a articulação em rede fortemente associada à perspectiva intersetorial e interdisciplinar de formulação de políticas públicas.

**Palavras - chave:** violência e saúde, violência intrafamiliar, violência doméstica, intersetorialidade e rede.

## ABSTRACT

The purpose of this paper is to reflect on the so-called “Rede Municipal de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente de Niterói,” emphasizing the elements of the Health Care Service present there and focusing on the level of violence found in families as a complex subject that this organization deals with. It points out the grievous level of violence practiced against children and teenagers in the family ambient. It also reflects upon this theme through the eyes of the Public Health Care System. In addition, this paper explores the consequences of the activities developed by this organization as a contribution based on the concept of intersectional aid as a possible solution to this and other forms of violence.

We chose the qualitative research methodology, using as an instrument of analysis non-directive interviews, field observation and a selection of internal documents of this network.

The findings reached identify the “Rede Municipal de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente de Niterói” as an important set of interlocking experiences, knowledge and powers which, despite the fragilities, articulates in benefit of its mission, positively affecting its target audience. Furthermore, the results show how strongly associated this organization is to the intersectional and multidisciplinary perspective of the formulation of public policy.

Key-words: violence and health, violence in family, domestic violence, intersectional and network.

*“Violência não é potencialidade, um estado ou uma qualidade fundadora da natureza humana ou da sociedade, nem é um monstro com existência em si, que ataca de fora. É fenômeno em ato, desencadeado pelas afecções produzidas nas relações de servidão”.*

*(SAWAIA, 2004, p. 34)*

**LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ABRAPIA - Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência

ACAVV - Programa de atendimento à criança e ao adolescente, vítimas de violência, do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP/UFF)

CDUI – Comissão de Desenvolvimento Urbano e Interior

CIVT - Comissão Intersetorial de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência

CMDCA - Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente de Niterói

COVIG – Coordenação de Vigilância em Saúde de Niterói

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FIA – Fundação para a Infância e a Adolescência

FMS – Fundação Municipal de Saúde

FÓRUM DCA - Fórum Popular Permanente de defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente

HGVF – Hospital Getúlio Vargas Filho

HUAP – Hospital Universitário Antônio Pedro

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

NACA – Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente

NAECA - Núcleo de Atenção Especial à Criança e ao Adolescente

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

PIB – Produto Interno Bruto

PMF – Programa Médico de Família

SIPIA – Sistema de Informação Para a Infância e a Adolescência

SPA – Serviço de Pronto Atendimento

SUS - Sistema Único de Saúde

UFF – Universidade Federal Fluminense

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNICEF - United Nations International Child Emergency Fund

SMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social

CONANDA - Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente

DPCA – Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente

DEAM – Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher

**LISTA DE QUADROS E TABELAS**

|  |    |
|--|----|
| 1. MORTES VIOLENTAS EM ADOLESCENTES DE 12 A 19 ANOS, POR SEXO, BRASIL, 1999 A 2003                                       | 32 |
| 2. PARTICIPAÇÃO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR NOS TOTAIS ANUAIS DE PRONTUÁRIOS / I CONSELHO TUTELAR DE NITERÓI, 1993 A 2003 | 71 |
| 3. ENCAMINHAMENTOS INSTITUCIONAIS DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR AO I CONSELHO TUTELAR DE NITERÓI, 1993 A 2003               | 72 |
| 4. NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA DE MAUS – TRATOS / COVIG – NITERÓI / 2004   | 73 |

## **ANEXOS**

**ANEXO I – ROTEIRO DE ENTREVISTAS**

**ANEXO II – ORGANOGRAMA DO SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES**

**ANEXO III – FICHA ÚNICA DE ATENDIMENTO DA REDE**

**ANEXO IV – REGISTRO DE COMUNICAÇÃO DE FATO / VIOLAÇÃO DE DIREITO UTILIZADA PELO CONSELHO TUTELAR**

**ANEXO V – CAPA DO BOLETIM INSTITUCIONAL DA REDE MUNICIPAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE DE NITERÓI**

**ANEXO VI – TERMO DE ADESÃO À REDE (2001)**

**SUMÁRIO**

|   |    |
|---|----|
| I – INTRODUÇÃO  | 12 |
| II – OBJETIVOS  | 16 |
| <i>II.1 OBJETIVO GERAL</i>  | 16 |
| <i>II.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</i>   | 16 |
| III – METODOLOGIA   | 17 |
| <i>III.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</i>  | 21 |
| CAPÍTULO 1 – VIOLÊNCIA, SOCIEDADE E SAÚDE   | 23 |
| <i>1.1 VIOLÊNCIA E SOCIEDADE</i>  | 24 |
| <i>1.2 SAÚDE E VIOLÊNCIA NO BRASIL</i>  | 29 |
| <i>1.3 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA / VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR</i>  | 33 |
| <i>1.3.1 Violência e Família</i>  | 35 |
| <i>1.3.2 O Papel do Setor Saúde no Enfrentamento da Violência Contra Crianças e Adolescentes</i>      | 44 |
| CAPÍTULO 2 - REDES SOCIAIS DE APOIO   | 52 |
| <i>2.1 REDES SOCIAIS NO BRASIL</i>  | 55 |
| <i>2.2 A REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE DE NITERÓI</i>                           | 59 |
| <i>2.2.1 A Rede e a Violência contra a Criança e o Adolescente no Município</i>                       | 71 |
| <i>2.2.2 O Plano Municipal de Enfrentamento à Violência contra Crianças e Adolescentes de Niterói</i> | 75 |

|  |            |
|--|------------|
| <b>CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>                      | <b>80</b>  |
| <i>3.1 A REDE E SUAS INTER-RELAÇÕES</i>  | <b>80</b>  |
| <i>3.2 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA REDE</i>                                | <b>94</b>  |
| <i>3.3 O IMPACTO DA REDE SOBRE SEUS INTEGRANTES E RESPECTIVAS INSTITUIÇÕES</i>   | <b>103</b> |
| <i>3.4 O PAPEL DO SETOR SAÚDE NA REDE</i>  | <b>108</b> |
| <i>3.5 O SEGMENTO PRIVADO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E A REDE</i>                      | <b>114</b> |
| <i>3.6 SAÚDE: A ARTICULAÇÃO E A VISIBILIDADE DA REDE</i>                         | <b>118</b> |
| <i>3.7 AVANÇOS E CONQUISTAS DECORRENTES DA REDE: DIFICULDADES DO SETOR SAÚDE</i> | <b>123</b> |
| <i>3.8 A PARTICIPAÇÃO DOS GESTORES NA REDE</i>                                   | <b>124</b> |
| <i>3.9 A REDE E SEUS CAMINHOS DE INTERSETORIALIDADE</i>                          | <b>129</b> |
| <i>3.9.1 Mudanças de nome: reflexos de sua trajetória</i>                        | <b>129</b> |
| <i>3.9.2 Intersetorialidade e Rede</i>   | <b>133</b> |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>  | <b>137</b> |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>  | <b>148</b> |
| <b>ANEXOS</b>  | <b>156</b> |

## I. INTRODUÇÃO

Constitui-se objeto de investigação neste estudo a relação intersetorial e interdisciplinar do Setor Saúde junto à Rede Municipal de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente de Niterói. Esta Rede é *locus* não só de preocupação quanto à violação de direitos, mas também de proposição de políticas e ações de promoção, prevenção e enfrentamento à violência contra a Criança e o Adolescente no município de Niterói.

O interesse do autor pelo tema violência decorre de sua experiência profissional como psicólogo, no atendimento a adolescentes usuários de drogas em um Centro especializado na área da Dependência Química, assim como sua participação em projetos de prevenção ao uso / abuso de substâncias psicoativas, dirigido a segmentos populacionais jovens em situação de risco social.

Esta oportunidade colocou em cena questões que, de maneira contundente, atravessavam a atenção especializada e problematizavam essa intervenção com a interposição recorrente do tema da violência e suas diversas modalidades, inscrito, com muita frequência, no histórico pessoal dos adolescentes atendidos.

Em uma organização não governamental, onde, entre outras atividades, exerce a coordenação técnica da área clínica de atendimento a famílias inseridas em um contexto de vulnerabilidade social, o autor voltou a entrar em contato com o conteúdo da violência intrafamiliar, reforçando o seu interesse pela temática.

A Rede Municipal de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente de Niterói foi definida como campo deste estudo, por constituir uma experiência de intersetorialidade e pioneirismo na forma de articulação e intervenção dos diferentes atores envolvidos com a temática da violência no município.

Quanto às articulações em Rede, estas têm se tornado uma forma cada vez mais recomendada para o enfrentamento de questões de natureza complexa como as violências interpessoais, em que a lógica intersetorial se faz necessária. (Minayo, 2005; Loiola e Moura, 1996; Brasil, 2002; Barros, 2005.).

É a partir da década de 80 que podemos evidenciar a violência como tema de preocupação na agenda de Saúde Pública (Deslandes, 1994), instigando governos e

profissionais de várias áreas a se preocuparem com a prevenção aos agravos à saúde a ela relacionados.

A Organização Pan-Americana de Saúde, refere Minayo (2005), analisa que: “(...) a violência, pelo número de vítimas e a magnitude de seqüelas físicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países (...)”. (Minayo 2005, p.61)

De caráter controverso, provocadora de polêmicas, a violência deve ser vista como um fenômeno conceitualmente complexo e polissêmico. Tem implicações político-econômicas, além de raízes culturais e sociais profundas, vinculadas às relações de poder instituídas e historicamente constituídas. Atravessa as questões de gênero, de classes e de grupos étnico-raciais, mascara desigualdades e brutalidades do cotidiano, muitas vezes não percebidas, e, por isso mesmo, de visibilidade muitas vezes não tão simples.

Pelo contrário, existem formas de violência constituídas que, porque negadas ou banalizadas, naturalizam-se e protegem-se nos espaços de silêncios, omissões e segredos, o que tem dificultado a percepção concreta da magnitude do problema, traduzindo-se em uma série de prejuízos à saúde física e psíquica, quando não se desdobram em fatalidades, como nos sinalizam Minayo e Sousa (1999):

“A violência é um problema da sociedade, que desde a modernidade o tem tratado no âmbito da justiça, da segurança pública, e também como objeto de movimentos sociais. No entanto, dois fortes motivos tornam o assunto preocupação da área da saúde. O primeiro, porque, dentro do conceito ampliado de saúde, tudo o que significa agravo e ameaça à vida, às condições de trabalho, às relações interpessoais, e à qualidade da existência, faz parte do universo da saúde pública. Em segundo lugar, a violência, num sentido mais restrito, afeta a saúde e freqüentemente produz a morte.” (MINAYO & SOUZA, 1999, p.11)

As violências, com seu caráter desestabilizador da cidadania, são ocorrências impactantes de morbidade e mortalidade da população e requerem dos governos e da sociedade civil organizada respostas urgentes para a sua prevenção e redução.

Como referência norteadora desse estudo, tendo em vista as múltiplas interpretações sobre o termo *violência*, nos apoiamos em Minayo para a condução de nossas reflexões:

“(...) o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a si próprio ou a outros.” (MINAYO & SOUZA, 1998, *apud* BRASIL, 2001, p. 7).

E ainda,

“(...) entende-se que a violência, pela sua natureza complexa, envolve as pessoas na sua totalidade biopsíquica e social, de forma dinâmica. Porém o *locus* de sua realização é o contexto histórico-social, onde as particularidades biológicas encontram as idiosincrasias de cada um e se redefinem nas condições emocionais e sócio-culturais”. (MINAYO, 2003, p.42).

A escolha de nosso objeto de estudo tem sua justificativa nos seguintes pontos:

- A violência contra crianças e adolescentes viola direitos fundamentais de cidadania e contribui para a geração de violências futuras, interferindo no desenvolvimento pessoal do vitimado e da sociedade.(BRASIL, 2000; BRASIL, 1990);
- A violência intrafamiliar voltada à criança e ao adolescente é um problema relevante no País, afetando vários segmentos sociais, produzindo danos à saúde e mortes. (ASSIS & CONSTANTINO, 2003)
- Os maus-tratos contra crianças e adolescentes, principais vítimas da violência intrafamiliar, (ASSIS & CONSTANTINO, 2003, p.170), expressam profundas contradições sociais, inseridas num contexto onde, pelo grau de fragilidade e dependência próprios da infância, naturalizam o ato violento como uma justificativa da tarefa de educar; (FERREIRA, 2000, p.660)
- Esforços devem ser realizados no sentido de identificar e proteger crianças e adolescentes, vítimas que são de seu próprio silêncio e dos silêncios da família, da vizinhança, da sociedade e muitas vezes de setores governamentais;
- A inexperiência do setor saúde na associação de determinados agravos à violência intrafamiliar, aponta para a necessidade permanente de capacitação de seus recursos humanos, voltada à prevenção, diagnóstico e tratamento das

vítimas de violência doméstica e revela fragilidades na busca pela integralidade da atenção, um dos princípios do Sistema Único de Saúde. O Setor Saúde precisa incorporar as lesões e traumas físicos ou psíquicos relacionados às “causas externas” (violência intrafamiliar é uma delas) como agravos passíveis, obrigatoriamente, de notificação, previsto no Capítulo I do Estatuto da Criança e do Adolescente –ECA e no texto da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências;

- Finalmente, o desenvolvimento de ações que busquem identificar, tratar e prevenir esse fenômeno contribui com a perspectiva de “inclusão dessas crianças e adolescentes como cidadãos plenos de direitos a uma vida segura e saudável”. (ASSIS & CONSTANTINO, 2003, p.179)

Esta Pesquisa se insere na área temática da violência e saúde. Buscou-se investigar a atuação do setor saúde diante deste problema, especificamente junto a um dispositivo articulado de enfrentamento aos maus-tratos – violências (física, psicológica, sexual e institucional), negligências e abandono – aqui entendido como Rede de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente, vítimas de maus-tratos de Niterói.

O pressuposto teórico adotado nesta pesquisa é que a formatação dessa Rede, protagonista na construção de uma proposta intersectorial de formulação de políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes do município de Niterói, constitui-se espaço privilegiado de reflexões e proposições, com vistas à implementação de ações integradas de atenção à infância e adolescência vítimas de violência.

O conhecimento acumulado da Rede e a avaliação dos resultados obtidos foram alvos de preocupação deste trabalho, à medida que podem contribuir com experiências a serem estimuladas e divulgadas em benefício da Saúde Coletiva;

Espera-se com o presente estudo oferecer subsídios para a discussão sobre o papel da Saúde nas ações voltadas ao enfrentamento da violência praticada contra crianças e adolescentes no País, contribuindo para a ampliação do conhecimento e dos debates acerca deste importante tema.

## **II. OBJETIVOS**

### ***II.1 OBJETIVO GERAL:***

Analisar o papel das instituições de saúde junto à “Rede Municipal de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente de Niterói”, constituída por segmentos do governo municipal, da sociedade civil organizada e por profissionais de saúde, educação, justiça, entre outros, refletindo sobre as práticas dos atores sociais constituintes desta Rede, suas relações e propostas de ação, contribuindo para a formulação de subsídios para o desenvolvimento de ações de prevenção, no Campo da Saúde Pública.

### ***II.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:***

- Verificar se as proposições formalizadas pela Rede se desdobraram em benefícios para Crianças e Adolescentes vítimas de maus-tratos no município de Niterói;
- Identificar os serviços ou dispositivos da saúde constituintes da Rede, suas atribuições e suas competências;
- Analisar o fluxo de atendimento / atenção proposto pela Rede;
- Mapear as ações de sucesso e insucesso dentro do processo de atenção proposto pela Rede;
- Identificar os investimentos realizados no Setor Saúde de aprimoramento da atenção prestada às crianças e adolescentes vítimas de violência.

### III. METODOLOGIA

Este estudo teve como base metodológica a investigação qualitativa, do tipo exploratório, na perspectiva apontada por Polit e Hungler (1995). Para estes autores a pesquisa exploratória busca, além de descrever o fenômeno, explorar as suas dimensões, a maneira pela qual ele se manifesta e seus relacionamentos com outros fatores.

Torna-se importante ressaltar que as metodologias da pesquisa qualitativa devem ser entendidas como “aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais”. Portanto, a pesquisa qualitativa não se preocupa com a quantificação, mas com as explicações das relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional (MINAYO, 2004, p. 10).

“(…) o envolvimento do entrevistado com o entrevistador, em lugar de ser tomado como uma falha ou um risco comprometedor da objetividade, é pensado como condição de aprofundamento de uma relação intersubjetiva”. (MINAYO, 2004, p. 124)

O Campo de estudo se localizou no município de Niterói e compreendeu as reuniões ordinárias e extraordinárias realizadas pela Rede Municipal de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente, e as ações de atenção e prevenção realizadas pelo Setor Saúde de Niterói às crianças e adolescentes vítimas de violência. O trabalho de campo transcorreu no período de novembro de 2004 a dezembro de 2005

Foram utilizados como instrumentos de investigação o levantamento bibliográfico, a análise documental, a observação com registro em diário de campo e a entrevista semi-estruturada com integrantes da Rede, a fim de apreender a complexidade do nosso objeto de estudo. Esta técnica nos permite, segundo Minayo,

“enumerar da forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de investigação”(MINAYO, 1994b:121).

A opção por este tipo de entrevista deveu-se ao fato de esta permitir aos sujeitos (respondentes ou informantes) contarem suas histórias de forma narrativa.

Constituíram-se sujeitos desse estudo os representantes institucionais que participam efetivamente da Rede de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente de Niterói.

Foram entrevistados profissionais, representativos de instituições integrantes da Rede de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente de Niterói, escolhidos com base na participação destes nas reuniões da Rede, assim como nos papéis destes delimitados no Sistema de Garantia de Direitos.

Tendo em vista nossa pesquisa localizar o Setor Saúde como o foco específico de estudo, esta se fez através dos profissionais de saúde representantes de instituições citadas no boletim informativo da Rede ou apontadas nas atas de reuniões, assim como com profissionais de outras esferas de atenção (não vinculados à saúde), também representantes de instituições citadas neste mesmo boletim.

As instituições de saúde representadas foram:

1. Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) – 02 assistentes sociais;
2. Hospital Getúlio Vargas Filho (HGVF) – 01 assistente social e 01 médica;
3. Programa Médico de Família do Preventório (PMF) – 01 assistente social;
4. Núcleo de Atenção Especial à Criança e ao Adolescente (NAECA-Fundação Municipal de Saúde de Niterói)– 01 psicólogo.
5. Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI) – 01 psicólogo

As demais instituições representadas foram:

1. I Conselho Tutelar de Niterói – 01 conselheiro (Presidente);
2. Programa Sentinela, vinculado à Secretaria municipal de Assistência Social de Niterói – 01 psicólogo (Coordenadora);

3. Vara da infância, da juventude e do idoso de Niterói – 01 assistente social;
4. Fórum Popular Permanente de Defesa de Direitos da Criança e do Adolescente (Fórum DCA) – 01 representante da diretoria;
5. Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente de Niterói (CMDCA) – 01 conselheiro (Presidente)

O roteiro de entrevista abordou temas gerais e específicos segundo a percepção dos entrevistados:

Temas gerais: (direcionados a todos os entrevistados, inclusive aos do Setor Saúde).

- Definição de Rede, qualidade da participação do profissional na Rede;
- Percepção das potencialidades, dos avanços e limites da Rede e da contribuição para a criança e o adolescente de Niterói.
- Percepção do impacto de sua participação na Rede (nas suas concepções sobre o tema da violência e em seus trabalhos);
- Percepção sobre a representatividade e o papel do Setor Saúde na Rede;

Temas específicos: (direcionados exclusivamente ao Setor Saúde)

- Articulação realizada entre os representantes da saúde na Rede de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente e visibilidade desta na rede de saúde local;
- Percepção sobre limites e conquistas do Setor Saúde no âmbito da violência contra a criança e o adolescente de Niterói;
- Percepção do envolvimento do Gestor Público municipal com a Rede.

Quanto ao desenvolvimento das entrevistas, estas se deram, na maioria dos casos, em ambientes reservados, com nenhuma ou pouca interferência, gerando um ambiente propício e tranqüilo para o acompanhamento do roteiro.

As entrevistas, que tiveram duração entre 50 e 90 minutos aproximadamente, transcorreram em clima de confiança, sem impasses, e de respeito à opinião dos entrevistados.

O material das entrevistas foi transcrito e digitado, bem como as observações de diário de campo, categorizados em itens e organizados conforme os seguintes eixos:

### 1 - O Município de Niterói e a Rede Municipal de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente:

O que propõe esta Rede? Quais seus objetivos? Quais são seus atores integrantes e as suas respectivas parcelas de contribuição? Como se dá a comunicação intersetorial e interdisciplinar? Quais seus limites e fluxos de atendimento? Que resultados podem ser identificados a partir da constituição da Rede? Em que estágio se encontra o Plano Municipal de Enfrentamento à Violência contra a Criança e ao Adolescente proposto pela Rede? Que resultados podemos identificar a partir de sua articulação?

### 2 - O Setor Saúde:

Quais as atribuições do Setor Saúde junto a esta Rede? Quais os seus segmentos envolvidos e quais as suas competências? Que ações concretas estão sendo desenvolvidas e com que limites e resultados? Que investimentos no Setor Saúde estão sendo realizados, objetivando a qualificação das ações propostas?

Neste contexto, interessaram-nos, principalmente, os seguintes elementos: os limites e as possibilidades de atuação assinaladas para os serviços do qual fazem parte; a forma pela qual os serviços públicos de saúde se relacionam na Rede; as expectativas do Setor Saúde constituídas a partir da Rede; o impacto da Rede sobre

seus integrantes e respectivas instituições e os resultados das ações da Rede para a criança e o adolescente do município de Niterói.

Nesse sentido, o método qualitativo pareceu-nos ser o mais adequado para este tipo de investigação, pois possibilita a apreensão da realidade, valorizando o potencial criativo do pesquisador. (MINAYO, 2004, p.22)

Esta autora (2004, p. 10), ao citar Bourdier (1972), refere que “qualquer investigador deve colocar em questão os pressupostos inerentes a sua qualidade de observador externo que tende a importar para o objeto os princípios de sua relação com a realidade, incluindo-se aí suas relevâncias”

Importante ressaltar que este estudo não consistiu em uma avaliação dos serviços que compõem a Rede, o que demandaria estratégias e indicadores específicos de pesquisa.

### ***III.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS***

Entre novembro de 2004 e dezembro de 2005 acompanhei as reuniões da Rede e realizei registros das observações em diário de campo. Neste processo, configurou-se a necessidade de minha intervenção, cada vez mais demandada pela integração junto ao grupo, de modo que, tendo me tornado membro atuante da Rede, esta investigação adquiriu um caráter de pesquisa-participante.

A observação participante, refere Minayo (2004), é o momento em que se enfatizam as relações informais do pesquisador no campo. Neste sentido, pretendeu-se realizar uma coleta de materiais narrativos, valorizando-se os aspectos subjetivos, preocupando-se com um mínimo de controle imposto pelo pesquisador. (POLIT & HUNGLER, 1995, p. 18)

Triviños (1994) corrobora a valorização da pesquisa participante, quando afirma que esta, “em torno dos aspectos teóricos e práticos, avança em seus delineamentos sistemáticos e apresenta, em nosso meio, tentativas valiosas frente aos problemas da pesquisa qualitativa e na busca de alternativas metodológicas para a investigação”. (TRIVIÑOS, 1994, p. 118)

Schwartz & Schwartz, *apud* Minayo (2004, p. 135) definem observação participante como:

(...) um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, do seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto”..(SCHWARTZ & SCHWARTZ *apud* MINAYO, 2004, p. 135)

Quanto às entrevistas semi-estruturadas, foi realizada a assinatura do termo de consentimento dos entrevistados, bem como a autorização de gravações realizadas. Estas gravações foram transcritas e agrupadas segundo as semelhanças identificadas, tendo sido de responsabilidade do pesquisador a coleta dos dados das entrevistas, assim como a organização e a interpretação dos dados narrativos, visando dimensionar padrões importantes de relações.

O roteiro de entrevistas orientou-se pelos eixos propostos anteriormente para a investigação.

A escolha dos entrevistados foi baseada tanto nas interfaces do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente (Anexo II), apresentado por Barros (2005), que se apóia em três pilares: Promoção (atendimento direto), Controle Social (vigilância) e Defesa (responsabilização), quanto ao grau de participação dos atores que fazem parte da Rede. Assim, no pilar da Promoção, destacamos integrantes do Setor Saúde e da Assistência Social diretamente envolvidos com o atendimento. No Pilar do Controle Social, consideramos o Conselho de Direitos e o Fórum DCA. No Pilar de Defesa, os representantes foram do Conselho Tutelar e do Juizado da Infância e Juventude.

Neste estudo foram cumpridos todos os requisitos da resolução 196/96, que regula as Pesquisas envolvendo Seres Humanos, tendo sido submetido à avaliação do Comitê de Ética e Registro do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva – NESC/UFRJ.

## **CAPÍTULO 1 – VIOLÊNCIA SOCIEDADE E SAÚDE.**

Toda sociedade revela seu modo de organização por meio dos seus valores, seus paradigmas, sua concepção de mundo. Nela se fundamentam todas as questões da ordem do “bem” e do “mal”, que legitimarão as condutas adotadas pelos seus constituintes, referenciando-as “certas” ou “erradas”. Transgredir, portanto, tais princípios ordenadores da vida associada seria evidenciar-se como “vilão” de uma história que precisa ser sempre contextualizada.

“(…) Cada século, época ou configuração histórico-social se caracteriza por formas e técnicas de violência enraizadas e jogos de forças sociais e tramas de sociabilidade.”, refere Ianni (2004, p. 172).

Segundo Eric Hosbawn (2002) *apud* Sousa (2005, p. 17), o século XX “foi o século do maior número de mortos ou abandonados à morte por decisão humana (cerca de 187 milhões), em toda a história da humanidade”.

Devido à sua ligação com o uso da força, a violência é comumente reduzida a idéias de cunho simplista e associadas meramente a ações físicas, maus-tratos ou danos sobre o patrimônio. No entanto, outros eventos também constituem processos de coisificação e assujeitamento do outro (CHAUI, 1980 *apud* SOUZA, 2004, p. 60), como, por exemplo, as várias “formas de exclusão social, compreendidas aqui como seqüestro da cidadania”, ampliando, assim, sua caracterização. (SOUZA, 2004, p.61).

Para este autor, “embora os conceitos de violência e exclusão social tenham especificidades, estão ancorados na idéia de violação de cidadania e, portanto, estamos tratando de conceitos que se articulam e interpenetram”. (SOUZA, 2004, p.63).

A violência não é um fato novo para as sociedades e acompanha o processo civilizatório nas suas mais diversas manifestações, muitas vezes apresentando-se como uma espécie de espetáculo, inserida em um contexto de banalização.

À luz desta reflexão, a violência adquire um caráter subjetivo, certamente influenciável pelo que é instituído, pelo que se normalizou ser violência, a despeito de, muitas vezes, não considerarmos determinados atos ou atitudes ou mesmo circunstâncias como violentas.

## ***1.1 VIOLÊNCIA E SOCIEDADE.***

A violência, com toda a sua diversidade, invade a vida das pessoas, interfere na sua dinâmica, desqualificando-a. Para alguns, refere Brundtland (2002), Diretora Geral da Organização Mundial e Saúde – OMS, estar livre da violência é uma questão de trancar as portas e janelas e evitar lugares perigosos. Para outros, porém, esta é uma tarefa difícil, muitas vezes impossível de ser realizada, pois, a violência está atrás das portas, dentro de casa, bem escondida da vista pública.

Pode atingir um indivíduo isolado ou uma coletividade, selecionar uns e esquecer outros. “É um fenômeno eminentemente histórico, no sentido de que se constitui no curso dos modos de organização social e técnica do trabalho e da produção, das formas de sociedade e dos jogos de forças sociais” considera Ianni (2004, p. 174).

A violência, portanto, está inserida em contextos múltiplos que vão desde o coletivo, passando pelo individual e psicológico, até o cultural, constituindo interpretações variadas e distintas a determinadas visões.

“É preciso estar atento para o fato de que na mesma sociedade pode haver interpretações próprias a diferentes atores e é possível que o mesmo ator, em situações distintas, possa acionar, por sua vez, interpretações diferenciadas, aparentemente contraditórias”. (VELHO, 1997, p.10).

A violência interdita, submete, oprime e por isso mesmo se expressa como “condição de ‘humanidade roubada’, de ‘desumanização’, de distorção da vocação de *ser mais*, de redução à condição de coisa, de objeto, de ‘consciência para o outro’ (Hegel), de ‘violência ao seu direito de pessoa’”, ilustra Andreola (1999, p. 75), em seus estudos sobre a condição dos oprimidos citada nas obras de Paulo Freire.

Pode ser entendida como desrespeito aos direitos fundamentais da humanidade, sem os quais o homem deixaria de ser considerado como sujeito de direitos e de deveres e passaria a ser olhado como puro e simples objeto, em todas as suas formas de manifestação. Trata-se de algo não desejável, que submete o outro a algum dano,

que se estabelece no lugar da comunicação, do diálogo, do consenso, da colaboração, do afeto e da solidariedade.

A violência, porém, não pode simplesmente ser identificada como uma praga que paira sobre a sociedade, pois, como refere Velho:

“a violência existe ao nível das relações sociais e é parte constituinte da própria natureza desta sociedade cujo universo de representações não só expressa como produz a desigualdade e a diferença”. (VELHO, 1999, p. 148)

Portanto,

“é demasiado fácil e ineficaz condenar a violência como um fenômeno exterior e, inclusive, como algo estranho ao ser humano, quando, na verdade ela o acompanha incessantemente até na articulação de seu discurso e na afirmação mesma da evidência racional”. (DOMENACH, *apud* MINAYO, 2003, p.29)

O *locus* de sua realização, afirma Minayo (2003), é o contexto histórico-social, onde aspectos e particularidades de ordem biológica se redefinem nas condições emocionais e socioculturais.

Para esta autora, o fenômeno da violência não pode ser tratado apenas como uma força exterior aos indivíduos e aos grupos, e ilustra os estudos de Domenach sobre a dialética do Senhor e do Servo, em Hegel (1980), onde

“o autor sublinha a idéia de que a violência está inscrita e arraigada não só nas relações sociais, mas, sobretudo, é construída no interior das consciências e das subjetividades.” (MINAYO, 2003, p. 28).

Como pontua Ianni (2004), cabe aqui indagar até que ponto a trama das relações sociais e os jogos das forças político-econômicas, conforme se desenvolvem nas sociedades contemporâneas, são também uma fábrica de violência.

Determinadas formas de violência são tão devastadoras para a auto-estima dos indivíduos que, quando naturalizadas e introjetadas, muitos, ao invés de lutarem por dignidade e mais justiça, por igualdade de direitos como cidadãos, ou são imobilizados pela servidão, submetendo-se e aceitando seus “destinos”, ou rebelam-se através da transgressão.

Para Minayo (1994), a violência pode ser caracterizada como: estrutural, de resistência, cultural e de delinquência.

Entende-se por violência estrutural aquela determinada pelos fatores socioeconômicos e políticos, e que se

“aplica tanto às estruturas organizadas e institucionalizadas da família como aos sistemas econômicos, culturais e políticos que levam à opressão de grupos, classes, nações e indivíduos, aos quais são negadas conquistas da sociedade, tornando-os mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte”.  
(MINAYO, 1994)

Por violência de resistência, entendem-se as diferentes formas de respostas dos grupos, classes, nações e indivíduos oprimidos à violência estrutural. Por violência cultural, aquela oriunda das relações de dominação de diversos fatores: raciais, étnicos, dos grupos etários e familiares. Por violência de delinquência, a caracterizada pelos casos socialmente vinculados à criminalidade, a que se revela nas ações fora da lei. (MINAYO, 1994; NASCIMENTO, 2002).

Uma outra caracterização, que se baseia nas características de quem comete o ato da violência, é a da OMS (2002):

- ⇒ Violência dirigida a si mesmo (auto-infligida);
- ⇒ Violência interpessoal;
- ⇒ Violência coletiva.

A violência auto-infligida se refere ao comportamento suicida e ao auto-abuso (ex: auto-mutilação). A violência interpessoal divide-se em duas subcategorias: - *a violência da família e de parceiro(a) íntimo(a)*, que ocorre em grande parte entre membros da família e parceiros íntimos, incluindo formas de violência como por exemplo o abuso infantil e o abuso contra o idoso e - *a violência comunitária*, que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco (consangüíneo ou não) e que inclui a violência juvenil, os atos aleatórios de violência, estupro ou ataque sexual por estranhos, e a violência em instituições como em escolas, trabalho, prisões, asilos.

Por último, a violência coletiva é subdividida em social, política e econômica, cometida por grandes grupos de pessoas ou pelo Estado. Como violência social

podem-se exemplificar os crimes de ódio cometidos por grupos organizados, atos terroristas e violência de multidões. Como violência política temos as guerras, a violência do Estado e atos semelhantes realizados por grupos maiores. A violência econômica inclui ataques de grupos maiores motivados pelo ganho econômico, tais como ataques realizados visando a interromper a atividade econômica, negar acesso a serviços essenciais ou criar segmentações e fragmentações econômicas. (OMS, 2002).

A categorização acima, citada no Relatório Mundial sobre violência e Saúde de 2002, é fruto de uma solicitação da Assembléia Mundial de Saúde (World Health Assembly) à Organização Mundial de Saúde, orientada pela resolução WHA 49.25, de 1996, em que, como anteriormente citado, a violência é declarada como um dos principais problemas de Saúde Pública no mundo.

Este mesmo relatório considera esta tipologia como imperfeita e longe de ser universalmente aceita, mas ressalta que esta fornece uma estrutura útil para se compreenderem os complexos padrões de violência que ocorrem no mundo, assim como a violência da vida diária dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Além disso, ressalta que, “tanto na pesquisa como na prática, as fronteiras entre os diferentes tipos de violência nem sempre são tão claras”. (OMS, 2002, p.7).

Minayo e Souza (1999), ao citar os estudos de Domenach (1981), mais uma vez ilustram a importância de se aprofundar o conhecimento sobre a violência presente nas relações sociais:

“Em seus escritos, Domenach (1981) sublinha o fato de que a violência está escrita e arraigada nas relações sociais, não podendo, portanto, ser considerada apenas como uma força exterior se impondo aos indivíduos e às coletividades, havendo, desta forma, uma dialética entre a vítima e algoz, o que deve ser objeto de reflexão dos estudiosos para compreensão desta complexa relação.” (DOMENACH (1981) *apud* MINAYO & SOUZA, 1999. p.11)

Estas questões, obviamente integradas, devem ser vistas, na verdade, como um grande sistema que poderá ser funcional ou disfuncional, onde o indivíduo, a família e a sociedade interagem mutuamente, integrando aspectos de saúde e doença.

A violência, como nos refere Minayo (1994), é um dos grandes problemas da humanidade e suas práticas relacionais. É um fenômeno complexo que encontra seu espaço de manifestação e desenvolvimento na vida em sociedade, não se conhecendo qualquer uma onde a violência não tenha estado presente.

Para Souza (2004, p.58), “exceto nas utopias, não é possível pensar em sociedade sem pensar em diversidade, em tensões, conflitos e, freqüentemente, em formas e graus de violência”.

Mandela (2002), prefaciando o Relatório Mundial sobre violência e saúde, reforça esta posição quando refere que “nenhum país, nenhuma cidade, nenhuma comunidade está imune à violência (...)”.

“A consequência das relações e dos atos violentos ou das omissões, mesmo quando não são fatais, geram danos à saúde, pois causam traumas, seqüelas e incapacidades temporárias, ou permanentes; provocam sofrimentos físicos e emocionais freqüentemente associados e levam à necessidade de atendimento médico, aumentando gastos com a saúde” (SOUZA & JORGE, 2004)

Segundo a OMS (2002), em 2000 morreram aproximadamente 1,6 milhões de pessoas no mundo inteiro como resultado dos diversos tipos de violência. A maior parte destas mortes ocorreu em países de renda baixa e média (menos de 10% em países de renda alta). Dessas, cerca da metade estão relacionadas ao suicídio, 1/3 aos homicídios e 1/5 às guerras.

No entanto os números relativos à mortalidade subestimam o verdadeiro ônus da violência. Existe a violência não fatal, aquela que vem desqualificando a vida dos indivíduos, perpetrando prejuízos muitas vezes irreversíveis para a pessoa ou a coletividade. “No que diz respeito à violência, em todas as partes do mundo as mortes representam a ‘ponta do *iceberg*’”. (OMS, 2002, p. 11).

Quanto aos custos, a violência impõe ônus humanos e econômicos aos países, gastando-se bilhões de dólares em assistência à saúde, custos legais, absenteísmo e produtividade perdida.

São de 126 bilhões de dólares os custos anuais diretos e indiretos relacionados a ferimentos à bala, de acordo com um estudo de 1992, realizado nos Estados Unidos (OMS, 2002, p.11).

Os gastos com serviços de assistência à saúde, aplicação de leis e serviços judiciais foram, entre 1996 e 1997, alvo de estudo sobre o impacto da violência em países da América Latina, patrocinado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento. Os resultados desse estudo revelaram que só o custo dos gastos com a assistência à saúde correspondem a 5% do PIB da Colômbia, 4,3% em El Salvador, 1,3% no México, 1,5% no Peru e 0,3% na Venezuela.

Na verdade, torna-se muito difícil calcular, de maneira precisa, a carga de todos os tipos de violência sobre os sistemas de assistência à saúde, ou seus efeitos sobre a produtividade econômica de todo o mundo, devido a várias contribuições indiretas ainda não possíveis de serem calculadas como, por exemplo, doenças sexualmente transmissíveis, depressão, abuso de álcool e drogas, gravidez indesejada, entre tantas outras doenças e problemas passíveis de estarem relacionados à violência.

Esta afirmação, extraída do Relatório mundial sobre violência e saúde, considera que algumas evidências estão disponíveis, como, por exemplo, a de que:

“(…) as vítimas de violência doméstica e sexual têm mais problemas de saúde, custos com a assistência à saúde significativamente mais elevados e vão com maior frequência aos departamentos de emergência do que as pessoas que não têm um histórico de abuso. O mesmo é válido para as vítimas de abuso e negligência na infância”.(OMS, 2002, p.12).

No entanto, apesar desses custos contribuírem significativamente para os gastos anuais, como dito anteriormente, ainda não é possível calcular a carga global econômica desses problemas, uma vez relacionados à violência.

## ***1.2 SAÚDE E VIOLÊNCIA NO BRASIL***

No Brasil, a violência tem se configurado num cenário de reprodução de grandes interesses econômicos, de negócios milionários, onde a corrupção se faz presente, envolvendo atores sociais e instituições aparentemente idôneas, caracterizando-se como um “subproduto da sociedade dita pós-moderna, movida pela financeirização da vida e pelo consumo” (MINAYO & SOUZA, 2003, p. 13).

Um documento interno das Nações Unidas, elaborado para apoiar a programação de cooperação com o Brasil, intitulado Common Country Assessment – Brazil 2001, destaca que nos anos 90 consolida-se a tendência de aumento nos óbitos por causas externas, com destaques para homicídios, suicídios e acidentes de trânsito.

Segundo este relatório, já se podem observar impactos sobre a “esperança de vida ao nascer”. Neste, é estimado que as mortes violentas vêm reduzindo, em média, 2,71 anos de vida do homem brasileiro (média que, no Rio de Janeiro, já seria da ordem de 3,84 anos). Esse cálculo pode esconder cifras ainda piores, afirma o relatório, se forem consideradas as possíveis subestimações nos dados disponíveis, onde, causas classificadas como “mal definidas”, podem ter sido provocadas por ato violento.

Ainda neste mesmo relatório, são apontados dados do Ministério da Saúde/Datasus que revelam para o Brasil uma taxa média de homicídios por 100 mil habitantes de 25,91 para o ano de 1998. Esse estudo revela que se os dados forem desagregados por Unidade Federada, os Estados de Pernambuco (58,77), Espírito Santo (57,85) e Rio de Janeiro (55,52) apresentarão as mais altas taxas. Da mesma forma é citada a tendência observada quanto ao “rejuvenescimento” das estatísticas de violência, no sentido de que esta tem afetado uma maior proporção de jovens, em geral vivendo em áreas urbanas. Enquanto entre 1980 e 1998 aumentou em 201,3% (de 13.910 para 46.916) no país o número de mortes por homicídio ou agressão, nas doze regiões metropolitanas esse índice chegou a 262,8%. Novamente as áreas metropolitanas de São Paulo e Rio de Janeiro se destacam como responsáveis por 21% dos homicídios do país.

São as violências e os acidentes, juntos, a segunda causa de óbitos no quadro geral da mortalidade. Correspondem a 25% das mortes ocorridas nas idades de 1 a 9 anos. E a primeira causa entre todas as mortes ocorridas de 5 a 19 anos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.11).

“Cálculos do governo federal mostram que 1,9% do Produto Interno Bruto é empregado no tratamento das vítimas dos acidentes e das violências. Geralmente elas são jovens, homens e pobres que, por causa das seqüelas, não podem contribuir com as despesas da família”. (BRASIL, 2003, p.11).

Minayo (2005), ao referir-se a Organização Pan-Americana de Saúde, afirma:

“setor saúde constitui a encruzilhada para onde confluem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, de atenção especializada, de reabilitação física, psicológica e de assistência social”. (MINAYO , 2005, p. 61).

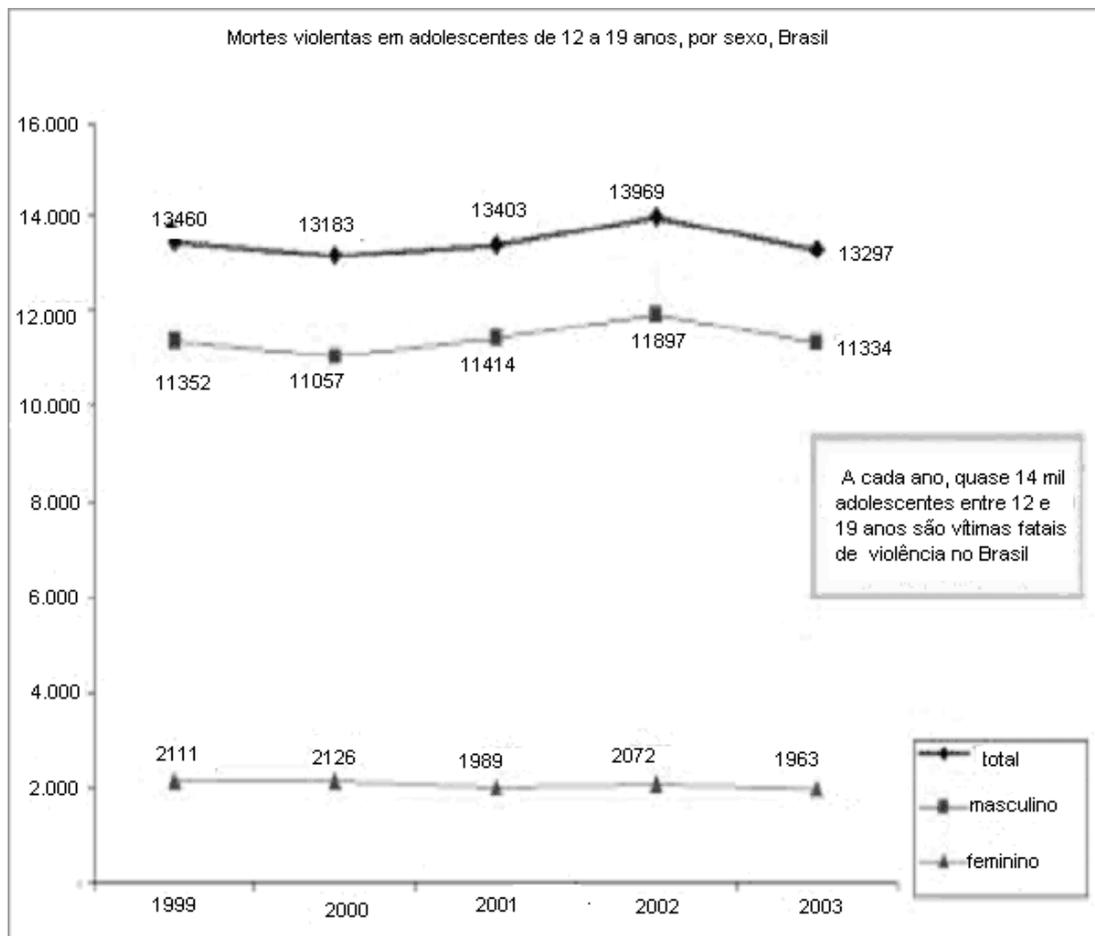
Dados da Organização Pan-Americana de Saúde (REDE, 2002), em estudo sobre proporção de internações por causas externas, indicam que no ano de 2002, 43,5% das internações hospitalares por estas causas no SUS foram decorrentes de quedas, seguidas de acidentes de trânsito (18,9%) e agressões (6%). São mais de 800 mil internações por ano, feitas em hospitais públicos e conveniados, para tratamento de vítimas de acidentes e crimes de violentos, afirma Zaluar (2004, p.67).

Os acidentes e as violências configuram um conjunto de agravos à saúde e se transformaram num problema de Saúde Pública, considerados como responsáveis por expressivos dados de morbimortalidade da população e por elevado custo financeiro para o Sistema Único de Saúde (SUS). Só no ano de 1997 o Ministério da Saúde destinou R\$ 232 milhões para internações causadas por acidentes e violências, passando em 2002 para R\$ 351 milhões. (BRASIL, 2001, p. 10; BRASIL, 2003, p.11).

Além disso, outros dados sinalizam a gravidade do problema, afetando direta ou indiretamente o sistema familiar, interferindo estruturalmente na situação financeira de muitas famílias de baixa renda, agravando qualitativamente sua inserção social, como se pode perceber na reflexão de Alba Zaluar:

“Como as mortes violentas atingem principalmente homens jovens em idade produtiva, entre 14 e 39 anos (cerca de 80% das mortes violentas em todo o país), as famílias se vêem privadas daqueles que seriam os mais importantes contribuintes para a renda familiar. Desse quadro de violência resultam também os mutilados física e psiquicamente, os que se tornam deficientes e passam a ser apenas mais um peso para as famílias, especialmente as mais pobres”. (ZALUAR, 2004, p.67)

Os dados revelados no gráfico abaixo ilustram esta preocupante questão em torno da juventude brasileira, prioritariamente a masculina:



**Boletim Rádio pela infância-<http://www.unicef.org.br/acesso> em 31/08/2005**

São 13.297 mortes violentas, só em 2003, ocorridas entre jovens de 12 a 19 anos, dos quais mais de 11 mil foram meninos e, num recorte racial do Ministério da Saúde, estudos revelam que garotos negros são os mais vitimados por este tipo de violência, denunciando mais uma vez a complexidade do tema. (UNICEF, 2005)

Segundo Nicodemos (2005, p. 59), estudos recentes do Conselho Nacional dos Direitos da Criança do Brasil apontaram o Brasil como estando entre os cinco países com maior taxa de homicídio em relação à juventude da América Latina. São 52,2 homicídios em 100.000 jovens, ficando atrás somente da Venezuela, El Salvador, Ilhas Virgens e Colômbia.

Estas mortes, prossegue este autor, prioritariamente ocasionadas por armas de fogo, denunciam um grande processo violador de direitos humanos das crianças e adolescentes no Brasil.

Nicodemos (2005) cita uma pesquisa realizada pela UNESCO em 2005, sobre mortes provocadas por armas de fogo na América Latina. Nesta pesquisa, o Brasil ocupa a segunda posição, quando se trata da população total, e a terceira posição, quando se trata da população jovem. E ainda ressalta:

“São poucos os países no mundo, nos quais o Brasil, em que a mortalidade por armas de fogo supera as taxas de óbito por acidentes de transporte. Entre os 57 países analisados, só em seis casos isso acontece”. (UNESCO, 2005 *apud* NICODEMOS, 2005, p. 60)

As ações do setor saúde e a construção coletiva de suas práticas são fruto de complexa relação. Resultam, segundo Santos (2005), de embates, consensos e dissensos estabelecidos entre grupos e constitui-se um fenômeno social que não pode ser visto como um processo linear, mas sim decorrente de uma perspectiva histórica, que deve sempre levar em consideração a herança recebida.

É preciso ressaltar que a violência, apesar da sua complexidade e óbvias conseqüências para a qualidade de vida dos indivíduos e da coletividade, dentro de uma perspectiva preventiva, em geral, pode ser considerada previsível e, por isso mesmo, potencialmente evitável e passível de intervenção e de interferência por meio de dispositivos sociais.

### ***1.3 VIOLÊNCIA DOMÉSTICA / VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR.***

Para Bronfenbrenner *apud* Antoni e Koller (2000), a família é uma unidade funcional, um microssistema no qual o ser humano interage, possuindo um padrão de papéis, de atividades e de relacionamentos, necessariamente associados a comportamentos e expectativas constituídas pela sociedade no qual está inserido.

Para esse autor, esse microssistema estaria inserido em um outro mais amplo, um macrossistema “composto pelo padrão global de ideologias, valores, crenças e organização social comum a uma determinada cultura ou subcultura”. (BRONFENBRENNER *apud* ANTONI & KOLLER, 2000).

Ainda para esse autor, esse sistema pressupõe a busca pela manutenção da estabilidade e senso de equilíbrio nos relacionamentos constituídos em sua história. Contudo, também deve ser contemplada a possibilidade de tal estabilidade ser atravessada por crises, influenciadas pelas particularidades da dinâmica familiar. As violências intrafamiliares podem ser resultado dessas alterações.

Entende-se por violência intrafamiliar:

“toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de membro da família. Pode ser cometida dentro e fora de casa, por qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida. Inclui também as pessoas que estão exercendo a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue”.  
(DAY *et al.*, 2003)

“O termo doméstico incluiria pessoas que convivem no ambiente familiar, como empregados, agregados e visitantes esporádicos”. (DAY *et al.*, 2003)

A violência intrafamiliar se expressa sob várias formas e quando relacionada com a criança e o adolescente é geralmente descrita pela literatura como negligência, abuso físico, abuso psicológico, abuso sexual e abandono.

As negligências são os atos de recusa, omissão ou fracasso dos pais ou responsáveis quanto ao atendimento das necessidades básicas para o desenvolvimento das necessidades físicas, emocionais e sociais das crianças e dos adolescentes. (BRASIL, 2001; SOUZA & JORGE, 2004).

São exemplos de negligência a privação de medicamentos e cuidados necessários à saúde, o descuido com a higiene, a ausência de proteção contra as inclemências do meio como o frio e o calor, o não provimento de estímulos e de condições para a frequência à escola, além da atenção necessária para o desenvolvimento físico, moral e espiritual desses seres em formação, onde o abandono é considerado uma forma extrema de negligência. (BRASIL, 2002; SOUZA & JORGE, 2004).

Abusos físicos são atos violentos decorrentes de força física intencional, não acidental, praticados por pais, responsáveis, familiares ou outras pessoas, com o objetivo de ferir, lesar ou destruir a vítima, deixando ou não marcas evidentes em seu

corpo, provocando, muitas vezes, dor, incapacidade ou morte. (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002; SOUZA & JORGE, 2004).

O abuso psicológico “constitui toda a forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da criança para atender às necessidades psíquicas do adulto”. (BRASIL, 2002, p.13). São considerados de difícil identificação, necessitando de um olhar sensível do profissional e da equipe para percebê-lo e não produzem lesões visíveis nem imediatas, mas podem provocar danos tão ou até mais terríveis e penosos de superar que os maus-tratos físicos. (CAVALCANTI, 2000, p.11).

Por abuso sexual entende-se todo ato ou jogo sexual, que ocorre em relação hetero ou homossexual, com intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente ou de utilizá-las para obter satisfação sexual, impostas por meio de aliciamento, ameaças ou violência física, onde o agressor está em estágio mais avançado de desenvolvimento psicosssexual que a vítima. É o tipo de abuso mais difícil de se lidar e o menos notificado, principalmente se a vítima é criança ou adolescente.(BRASIL, 2001; BRASIL, 2002; SOUZA & JORGE, 2004; CAVALCANTI, 2000).

### ***1.3.1 Violência e Família***

Vivemos momentos de grandes contradições, fato ilustrado a todo instante pelos meios de comunicação de massa, que cada vez mais referenciam um perverso mundo globalizado. Sociedades nas quais as desigualdades são impostas de maneira imperiosa pelos sistemas vigentes, tornando-se lugar comum de dor, injustiça e, entre tantas outras conseqüências, da violência.

Devido à sua visibilidade disfarçada ou até mesmo sua “invisibilidade”, uma das grandes manifestações de violência praticada contra terceiros, que fundamentalmente encarna práticas sutis instituídas na educação de filhos, é aquela praticada contra crianças e adolescentes dentro de seus próprios lares, por pessoas com alguma proximidade afetiva, situada no aqui denominado contexto de violência doméstica ou intrafamiliar, sendo tais manifestações, muitas vezes, legitimadas pela nossa cultura.

Importante ressaltar que a “Declaração de Buenos Aires”, fruto da reunião de especialistas, numa Consulta para a América Latina sobre a Violência contra as Crianças, ocorrida em maio de 2005, denuncia não só que a América Latina é uma das mais violentas regiões do mundo, onde crianças, adolescentes e mulheres são as principais vítimas, como as situações de violência têm na família e nas instituições do Estado seus principais espaços de ocorrência. (BARROS, 2005, p. 12)

Uma família que, como nos coloca Bilac *apud* Barros *et al* (2005, p.76), pode ser vista na sociedade brasileira de maneira diversa nos diferentes grupos e classes sociais. Este autor considera que neste contexto de diversidades não existem apenas modelos diferentes de famílias, mas também se colocam em pauta as relações destas famílias tanto com os seus integrantes, como com o Estado, com o trabalho e com o consumo, e que isto se faz de forma diferenciada.

Para ele é a constatação da diversidade que evitará “os perigos de uma naturalização da família”, entendendo-a como “grupo social cujos movimentos de organização-desorganização-reorganização mantêm estreita relação com o contexto sócio-cultural” (AFONSO & FILGUEIRAS *apud* BARROS *et al*, 2005, p.77).

Essa família é impactada pelas violências a que estão expostas e por isso mesmo é redesenhada pelas suas necessidades de sobrevivência, sobretudo as famílias mais pobres, que, pelas rupturas instituídas reinventam a

“lógica de solidariedade – comum às famílias das camadas populares(...). Esta lógica redefine valores e subordina projetos individuais aos interesses e necessidades do grupo familiar”. (BARROS *et al*, 2005, p.79).

Aí se expressa a negação de direitos daqueles que precisam ser tratados como sujeitos e pessoas em condição particular e peculiar de desenvolvimento. Uma violência “pouco presente nas denúncias policiais, demonstrando a seletividade com que a população procura auxílio dos serviços de segurança” (ASSIS, 1994)

Como fenômeno complexo, integra “componentes relacionais que são pautados em vínculos subjetivos construídos socioculturalmente, por meio de diversos modos de comunicação subjetivos”. (BARROS, 2005, p.39).

Este tipo de violência, de pouca transparência, tem na família o seu principal protagonista, família esta compreendida como um grupo que goza de independência

e autonomia para instituir, no contexto das relações familiares, regras, modelos e papéis sociais, sustentados pelas categorias de autoridade e afeto e pelas hierarquias de idade e sexo. O ambiente familiar, portanto, é considerado como sendo o *locus* prioritário desses atos sociais, infligidos quase sempre pelos próprios pais ou responsáveis, exercidos de formas variadas e constituídos por um conjunto de atos violentos denominados "maus-tratos".

Neste caso, a violência se caracterizaria não por “uma transgressão da lei, da norma, mas precisamente pela obediência a uma lei social que considera(...) os filhos como propriedade dos pais”. (CHAUI, 1980 *apud* SANTOS, 2004, p. 141).

Os maus-tratos contra a criança e o adolescente são praticados através da omissão, transgressão e muitas vezes supressão de seus direitos, e têm uma relação direta com a:

“Existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) que comete dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir da indução ou sedução enganosa” (DESLANDES, 1994, *apud* SBP, 2001, p. 11).

Dentro do espaço familiar há um grande temor da publicização desses atos e, por isso mesmo, é onde se constitui uma espécie de conspiração (manifesta ou latente) pelo silêncio, pela omissão da denúncia, pela proteção das imagens, tanto da criança como da família. Onde o descrédito à fala da criança, o medo, o suborno, a ameaça, os sentimentos de culpa, a dependência psicológica ou financeira, entre tantas outras variáveis coexistem, no que Barros (2005), ao citar Azevedo e Guerra (1989), chama de “complô” do silêncio, pela defesa do ambiente familiar e pela “suposta sacralidade social dada à família”.

Velho (1999, p.18) afirma que qualquer sociedade vive permanentemente a contradição entre as *particularizações* de experiências restritas a certos grupos ou indivíduos e a universalização de “experiências que se expressam culturalmente através de conjuntos de símbolos homogeneizadores – paradigmas, temas, etc.” Considera esse autor ser este o problema básico da cultura e indaga: “o que pode ser comunicado?”.

“As relações travadas nestes contextos refletem a situação de desigualdade e a assimetria que conformam as relações de poder estabelecidas. O espaço privado, isto é, a esfera doméstica, mesmo que seus contornos não sejam monoliticamente definidos e a sua abrangência abarque sentidos além dos territoriais – incluindo-se questões representativas, simbólicas, subjetivas e objetivas –, constitui uma importante tessitura implicada a outras construções societárias. Esta estruturação define o *habitus* incorporado e o exercício de poder estabelecido, muitas das vezes, com a supressão de autonomia e extinção dos limites de alteridade de outros membros”. (BARROS, 2005, p. 39).

Neste sentido, a hipótese de que o ambiente familiar, pelas ligações afetivas constituídas, protegeria seus membros mais vulneráveis, tem se mostrado, em determinados contextos, bastante falha.

Em relação a este tipo de violência, Rifiotis *apud* Barros *et al* (2005, p. 77), considera que esta, longe de ser uma anomalia, é uma “possibilidade constantemente colocada” e um risco sobre o qual deveríamos agir de maneira preventiva. Porém, essa ação preventiva não deve servir como estratégia de controle e poder sobre a família, mas como *locus* de “identificação de situações potencialmente de risco, visando à previsão desses cenários e às correspondentes medidas de proteção”.

É esta uma violência pouco questionada e instituída em defesa da “boa educação”. Por isso mesmo, subnotificada, refletindo em poucos registros, o que impede o reconhecimento, por parte da sociedade, de sua gravidade e aproxima a família de um lugar paradoxal: ao mesmo tempo em que protetora, também desenvolve formas sutis e intensas de violência, que vem permanecendo oculta, entre outras, em razão da convivência, omissão e do silêncio.

A violência intrafamiliar, derivação de violências mais amplas e circunscrita a um mundo privado, freqüentemente está associada ao uso de álcool ou outras drogas dos adultos. Day *et al.* (2003), em seus estudos, aponta uma maior incidência de violência doméstica associada a abusadores de substâncias psicoativas, na maioria das sociedades e culturas e presentes nos diferentes grupos econômicos. Para esta autora, vários estudos corroboram a correlação de maior vitimização por agressão física e ingesta alcoólica.

Esse tipo de violência, junto com outros fatores, é manifestado através dos maus-tratos, dos quais também são vítimas crianças e adolescentes e configura-se com uma das razões que tem levado milhares deles a fugirem de seus lares ou famílias, fortalecendo o ciclo de violência instalado em nossa sociedade.

Em pesquisa realizada pelo Ipea (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) e a Secretaria Especial de Direitos Humanos do Governo Federal, sobre crianças que vivem em abrigos, citada por Ribeiro (2005), fica clara a importância da violência doméstica nesta questão – corresponde a 11,7% dos aproximadamente 20 mil casos registrados neste trabalho.

Trata-se de atos violentos que acontecem dentro dos lares, onde a taxa de homicídios é menor em relação a outras causas, mas o prejuízo individual, familiar e social pode ser catastrófico.

Segundo Faleiros e Campos:

“Os adultos estão “autorizados” socialmente a exercer poder sobre crianças e adolescentes, poder necessário à socialização destes, como por exemplo, o pátrio poder e o poder do professor sobre os alunos. No entanto, é muito importante distinguir o poder violento do poder não violento. O poder é violento quando nega ao violentado seus direitos, quando é atentatório ou destruidor da identidade do dominado.” (FALEIROS & CAMPOS, 2000).

Este tipo de violência não é uma produção da modernidade, pelo contrário, sempre esteve inserida nos núcleos familiares e é particularmente dependente da forma como as sociedades concebem a infância, seu lugar, seu sentido. “Faz parte da história cultural das sociedades desde os tempos mais antigos de que se tem registro”.(SILVA, 2002, p. 21).

Esta autora chama atenção para que não passe despercebida a incontestável interrelação da violência com a dinâmica sociocultural e política que, repercutindo em todo o tecido social, tem feito suas vítimas em consequência da violência estrutural a qual, no momento atual de nossa realidade, pode vista como a “infrapolítica da contemporaneidade brasileira” (MINAYO & SOUZA, 2003), traduzindo-se em:

“(…) uma maior concentração de riqueza para uns poucos e o aumento da pobreza para a maioria da população que teve diminuído, enormemente, seu acesso aos bens de produção, a melhores condições de saúde, à educação, ao saneamento básico, à moradia, agravando situações já existentes de desigualdade(…)” (SILVA, 2002, p. 23).

“A violência intrafamiliar é representativamente caracterizada, como de culpa e responsabilidade do sujeito que a pratica, numa representação que minimiza e banaliza seus efeitos” (BARROS, 2005), por isso mesmo, não pode deixar de estar inserida num contexto maior, de múltiplas facetas, a despeito de considerarmos que sua origem é de exclusividade da família, imputando a esta sua responsabilidade maior, como se estivessem o agressor e as vítimas dissociados do contexto histórico, político, social e cultural ao qual pertencem.

Outro aspecto importante diz respeito ao equivocado senso comum de que a violência tem relação direta com a pobreza, constituindo-se aí uma dupla violência a que estão submetidas as populações pobres de nossa sociedade, já massacradas pelas circunstâncias de suas condições de vida, difundida na idéia de que são classes perigosas e ameaçadoras.

Estudos apontados por Zaluvar (2004) indicam que a correlação entre a pobreza e a violência deve ser sempre problematizada. Esta autora ressalta que a pobreza sempre existiu no país e que é possível identificar vários indicadores melhores nas décadas de 1970 e 80. Para Zaluvar (2004), “atribuir apenas à pobreza(…) o incrível aumento da criminalidade e da violência observada nas últimas décadas, especialmente na última, é alimentar preconceitos e discriminações contra os pobres”. (ZALUAR, 2004, p.24).

Como exemplo, cita a autora, estudos recentes apontam que “os estados que apresentam as menores taxas de mortalidade violenta, bem abaixo das médias nacionais, são também os mais pobres do país: Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Pará, Paraíba e Bahia”. (ZALUAR, 2004, p. 25 e 26).

Para esta autora, uma grande prova deste equívoco é demonstrado em seus estudos realizados em um bairro pobre do Rio de Janeiro, onde constatou um “(…) baixo percentual de pobres entre os pobres que optam pela carreira criminosa(…)”, correspondendo a um percentual menor que 1% da população estudada. (ZALUAR, 2004, p. 29).

Barros (2005) corrobora com esta posição:

“As representações sociais da população pobre enquanto “classe perigosa” expressam a singularidade dos *espaços sociais* no processo de reprodução social, espaço onde a miséria e a ausência das garantias de cidadania são peculiares, acrescidas da negação dos padrões próprios culturais e das estratégias de sobrevivência desenvolvidas. A demonização da família enquanto espaço restrito da violência contra crianças e adolescentes recai sobre as famílias pobres da sociedade, que passam a ser destacadas como principais focos de violência doméstica(...)” (BARROS, 2005, p. 25)

Há, portanto, um agente da violência que não pode estar dissociado desta reflexão: “o Estado, que por suas omissões e abusos, sempre presentes em nosso dia-a-dia, permite que crianças e adolescentes estejam sujeitas a violências em todas as suas variáveis”.(SILVA & NÓBREGA, 2002).

Acrescenta-se a violência a que é submetida a família, majoritariamente a família pobre, que desassistida por esse mesmo Estado, é impedida do exercício adequado de sua função primária de cuidados integrais às crianças e aos adolescentes sob seus cuidados.

“Não existem números nacionais sobre o quanto dessa violência é praticada no contexto familiar. Entretanto, é possível observar que as disparidades econômicas, étnicas, de gênero e regionais, urbanização, poluição do meio ambiente influenciam diretamente nas condições familiares, produzindo situações de graves violações de direitos nas quais, muitas vezes, o espaço familiar – que deveria ser um espaço de proteção – constitui-se num lugar perigoso e inseguro”.(BRASIL, 2003, p.17)

Esta questão trás para o debate dois conceitos que são discutidos por Barros (2005), fazendo referência a Azevedo e Guerra (1989): “vitimação” e “vitimização”.

A vitimação seria justamente o processo que acabamos de considerar nos dois parágrafos anteriores. Tem relação com direitos básicos violados cotidianamente, como direitos à vida, à saúde, à educação, etc., fruto das desigualdades e da pobreza, considerada violência social. Pauta-se em parâmetros que não dizem respeito aos cidadãos, individualmente, mas à coletividade e de atenção e responsabilidade

vinculada ao Estado e à sociedade de uma forma geral. Neste processo, há uma desfocalização, uma dificuldade de reconhecimento de um agente preciso, pois se refere a entidades abstratas.

Já a vitimização refere-se ao contexto das relações interpessoais adulto / criança. Ocorre no ambiente doméstico e, diferente da vitimação, “é percebido pela sua concretude, pois ocorre entre agentes concretos, famílias, conhecidos, isto é, as relações em que haja vinculação com a criança”. (BARROS, 2005, p.58).

Esta condição imputa um paradoxo ao seu pretense “dever”, ou seja, não só o ECA, mas outras referências ao tema, como por exemplo, a Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada em Assembléia Geral das Nações Unidas em 20 de novembro de 1989, proclama a família “como grupo fundamental da sociedade e ambiente natural para o crescimento e o bem-estar de todos os seus membros, e em particular das crianças”. Como exercer este papel de maneira harmoniosa e integral?

A necessidade das práticas de proteção, então configuradas, tem sua origem num processo socialmente construído e pautado nas exigências quanto à garantia de direitos das crianças e adolescentes.

Importante ressaltar que há mudanças no cenário das famílias, instituição que vem historicamente sofrendo mutações em sua apresentação, sua forma de interagir e estar (ÁRIÈS, 1981). Os seus formatos, na atualidade da sociedade brasileira, encontram-se submetidos a processos de mudança onde observam-se, por exemplo, “a acentuação da maternidade na adolescência, a feminilização da pobreza, a infância abandonada e a ruptura de elos familiares, associada ao aprofundamento da crise social”. (RIBEIRO, 2000)

Há também uma mudança de paradigma em relação à infância na atualidade e que talvez esteja relacionada com o que Deslandes, *apud* Silva (2002), chama de “desenvolvimento de uma consciência social em torno do tema da proteção da infância”, onde “os atos que há algumas décadas atrás eram justificados, legítimos, hoje são intoleráveis”. (SANTOS, 2005, p.26).

Segundo Barros(2005), a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 10 de dezembro de 1948, conclama, pela primeira vez, a proteção social à infância em seu art. XXV, item 2: “(...) a maternidade e a infância têm direito a cuidados e

assistência especial. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social”.

Esta necessidade, porém, é fruto de uma evolução histórica na compreensão da questão como um problema a ser resolvido. Sociedades da antiguidade, de diversas culturas, revelavam em seus comportamentos diante da infância, valores que atualmente seriam prontamente rejeitados.

Quanto mais regressamos na história, maiores as chances de depararmos com a falta de proteção jurídica para a juventude. As probabilidades de terem sido abandonadas, assassinadas, espancadas, abusadas física e sexualmente são maiores, tendo em vista os aspectos culturais e éticos da época.

Assis (1994, p.126), ao citar Veyne (1992), relata que “a prática de infanticídio era aceita pelas sociedades antigas, sendo facultado aos pais greco-romanos aceitar ou renegar o filho recém-nascido, condenando-os à morte”. Uma lei hebraica, prossegue a autora, datada do período 1250 – 1225 a.C., instruía a punição com apedrejamento, no caso de os filhos não darem ouvidos às recomendações paternas.

“Exemplos são colhidos ao longo da história, assinalando-se que, no Oriente Antigo, o Código de Hamurábi (1728/1686 a.C.), em seu art. 192, previa o corte da língua do filho que ousasse dizer aos pais adotivos que eles não eram seus pais, assim como a extração dos olhos do filho adotivo que aspirasse voltar à casa dos pais biológicos, afastando-se dos pais adotantes (art. 193). Punição severa era aplicada ao filho que batesse no pai. Segundo o Código de Hamurábi, a mão do filho, considerada o órgão agressor, era decepada (art. 195). Em contrapartida, se um homem livre tivesse relações sexuais com sua filha, a pena aplicada ao pai limitava-se à sua expulsão da cidade (art. 154). Em Roma, a Lei das XII Tábuas, entre os anos 303 e 304, permitia ao pai matar o filho que nascesse disforme, mediante o julgamento de cinco vizinhos (Tábua Quarta)”. (DAY, *et al.* 2003).

Segundo este autor, no período que antecedeu ao século XVIII, surge a utilização dos castigos, da punição física, dos espancamentos através de chicote, ferros e paus às crianças, apoiados no pensamento, da época, de que os pais deveriam cuidar para que seus filhos não recebessem más influências, acreditando que as crianças poderiam ser moldadas de acordo com os desejos dos adultos.

Day *et al.* (2003), ao citar Postman (1999), refere que na Inglaterra, em 1780, “as crianças podiam ser condenadas por qualquer um dos mais de duzentos crimes cuja pena era o enforcamento”. “Entre 1730 e 1779, metade das pessoas que morreram em Londres tinha menos de cinco anos de idade e que somente no século XIX, o filho passa a ser objeto de investimento afetivo, econômico, educativo e existencial”. Day *et al.* (2003).

“O primeiro estudo científico sobre a violência contra a criança foi realizado na França, em 1860, pelo Prof. Ambroise Tardieu, presidente da Academia de Medicina de Paris, estabelecendo o conceito de criança maltratada. Nos EEUU, a violência doméstica contra crianças veio ao conhecimento do público através do caso da menina Mary Ellen, de 8 anos, que foi severamente maltratada, resultando na fundação da Sociedade de Prevenção da Crueldade contra Criança em 1874. No século XX, a redescoberta da violência doméstica foi assinalada por Caffey (1946), que descreveu a síndrome de crianças com hematomas subdurais associados a múltiplas fraturas de ossos longos, de origem traumática. Até 1960, pensava-se que a violência contra a criança era rara, em parte porque a disciplina física de crianças era mais aceita; em parte, pela sua negação. Em 1962, Kempe et al. publicaram um importante artigo no JAMA (Journal of the American Medical Association), descrevendo a síndrome da criança espancada, tornando o problema da lesão infligida um problema evidente para a comunidade”. (DAY *et al.*, 2003)

Ainda hoje se encontra na sociedade muita resistência tanto na discussão, como na eliminação do problema, talvez devido à ainda aceitação desta prática como método satisfatório de educação e sanção utilizado junto a crianças e adolescentes.

### ***1.3.2 O Papel do Setor Saúde no Enfrentamento da Violência Contra Crianças e Adolescentes***

No que se refere à violência a que são submetidos crianças e adolescentes, a magnitude do tema tem incentivado pesquisas, publicações e outras iniciativas, seja na esfera privada ou governamental, dando maior visibilidade à problemática em

questão, tornando-se indiscutível o impacto dos maus-tratos sobre a saúde desses. (SOUZA, 2003, p.59)

No Brasil, esse tipo de violência, devido à sua importância no cenário das violências a que são submetidos crianças e adolescentes, é considerado pelo Ministério da Saúde como um problema de Saúde Pública de tal expressividade, que as ocorrências deste fenômeno social são tratadas em tópico específico no Plano Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

A OMS (2002, p.69), em seu Relatório Mundial sobre violência e Saúde, considera que “a debilitação da saúde causada por abuso infantil constitui uma parcela significativa da carga global de doenças”. Segundo este relatório, estudos recentes apontam distúrbios psiquiátricos e comportamentos suicidas relacionados a abusos durante a infância. Além disso, existem evidências de que muitas doenças encontradas nos adultos – inclusive cardiopatia isquêmica, câncer, doença pulmonar crônica, síndrome do intestino irritável e fibromialgia – também estão relacionadas a essas experiências.

Segundo Gay e Júnior (2005), a violência contra as crianças é fator impactante sobre o seu desenvolvimento, podendo provocar alterações biopsicossociais importantes, “inclusive em termos de habilidades cognitivas, respostas emocionais e neuroendócrinas, além de interferir sobre atividades do dia a dia, desempenho escolar e motivação para o lazer (...)”.

Um fator de contribuição não menos importante do que outros, diz respeito às notificações que devem ser realizadas pelos serviços de saúde, fornecendo as informações necessárias para o mapeamento e estudo desta problemática.

Ferreira (2000, p. 660) considera que “ao tentar responder esta demanda, os profissionais de saúde envolvidos devem enfrentar as implicações morais da intervenção” e afirma que a dificuldade que eles têm, no tocante à notificação dos casos ao sistema legal, tem sido foco de atenção de literatura especializada.

No que diz respeito à profissão médica, o Conselho Federal de Medicina, em seu Parecer 815 / 97, apóia a notificação, considerando a quebra de sigilo profissional, no caso de maus-tratos e abuso sexual, como de justa causa. Da mesma forma, o Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, em seu Parecer 76 / 99,

diz que o médico tem o dever legal de notificar estes casos, não se configurando aí infração ética. (MOTTA, 2005, p. 29)

Além disso, o Ministério da Saúde publicou a portaria 1.968 / 2001, estabelecendo a obrigatoriedade da Notificação Compulsória para os profissionais dos estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), criando a Ficha de Notificação Compulsória de Maus-Tratos Contra Criança e Adolescente, fundamentadas nos artigos 13 e 245 do Estatuto da Criança e Adolescente (BRASIL, 2002).

Cabe ressaltar, que o problema das subnotificações colaboram para o prejuízo das estratégias de ação. Quando se desconhecem dados, mais difícil se torna a intervenção. Além disso, com o Estatuto da Criança e do Adolescente, é obrigatória a notificação ao Conselho Tutelar, por profissionais de saúde e de educação, de todas as suspeitas ou confirmações de maus-tratos praticados contra a criança e o adolescente, entretanto, ainda não temos, com esta lei, um dispositivo capaz de, por si só, garantir que essas notificações sejam integralmente realizadas.

Em nível internacional, ressalta Freitas (2005, p.48), o Brasil faz parte da lista de países que não mantêm estatísticas oficiais de notificações de violência doméstica contra criança e adolescente, além de não realizar estudos sistemáticos sobre a incidência e prevalência do fenômeno.

Motta (2005, p. 28) considera existir uma grande polêmica em torno das notificações, envolvendo aspectos que não se resumem ao medo da retaliação. Há outros de outra ordem, como o respeito à privacidade e à pessoa, envolvendo questões de sigilo; o receio de que suas ações sejam mal interpretadas por juízes e conselheiros tutelares; o temor do questionamento de sua competência profissional na sustentação de um diagnóstico e um laudo onde não se tem, às vezes, apoio de colegas ou chefes, entre outros fatores que envolvem um dilema moral e ético.

Para esta autora, não há isenção de responsabilidade para aquele técnico que omitiu ou não tomou providências necessárias na questão dos maus-tratos, “muito pelo contrário, o torna cúmplice do agressor na medida em que, podendo, nada fez para impedir a continuidade da agressão”.(MOTTA, 2005, p.29)

Esta posição, prossegue a autora,

“(…) colabora com a continuidade do abuso. Do ponto de vista moral a situação também é condenável, pois não se trata de impedir que algo de mal aconteça, mas sim de colaborar para que aconteça. A recusa em notificar implica também perder a chance de constituir precedente caso o agressor reincida no abuso”. (MOTTA, 2005, p.29)

Diniz, Lopes e Alves (1999) *apud* Santos (2004, p. 139) atribuem a esse fenômeno um modelo organicista predominante na área da saúde, no qual o profissional hipervaloriza o aspecto físico, considerando essa a sua única responsabilidade.

Esta autora considera que as representações sociais expressas por esses profissionais estão ancoradas no modelo de família como núcleo privado, e parecem orientar uma conduta que leva a uma desresponsabilização com a violência.

Para Santos (2004, p. 139) a família seria um espaço privado e por isso mesmo intocável, inviolável, onde, dentro desta lógica social, “o profissional de saúde não teria o direito de se intrometer”. Para esse autor, o profissional não considera essa intervenção como parte de sua competência, mas sim um “problema para o outro cuidar” (BISPO *apud* SANTOS, 2004, p.139).

Cabe destacar que

“ é através da notificação que se cria o elo entre a área da saúde e o sistema legal, iniciando-se a formação da rede multiprofissional e interinstitucional da atuação – fundamental nesses casos, permitindo também o dimensionamento epidemiológico da violência”. (FERREIRA, 200, p. 664)

A gravidade deste tipo de violência pode ser vista não só em suas conseqüências imediatas, mas também nas futuras, relacionadas ao rendimento escolar, ao processo de crescimento e ao desenvolvimento, além de, segundo a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências do Ministério da Saúde, potencializar a violência social, presente na origem de vários outros problemas, “como população de rua, prostituição infantil e envolvimento em atos infracionais, devendo, portanto, ser alvo prioritário de atenção”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.20).

Importante ressaltar que a violência engloba também as representações pessoais sobre este fenômeno, não se reduzindo a um conjunto de práticas objetivas, como nos afirma Assis, *et al.*(2004) “as percepções individuais e sociais da violência são elos cruciais na compreensão da gênese do problema”.

“Nesse sentido o impacto da convivência familiar sobre o crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil é o elo fundamental para a formação do indivíduo. A comunicação entre pais e filhos e a vitimização física, sexual e psicológica ocorrida na família ou cometida por pessoas que são significativas para a criança ou adolescente são fatores que interferem na construção da autoconfiança e da confiança nos outros. A violência cometida por pessoas de quem a criança ou adolescente espera amor, respeito e compreensão é um importante fator de risco que afeta o desenvolvimento da auto-estima, da competência social e da capacidade de estabelecer relações interpessoais, potencializando a fixação de um autoconceito negativo e uma visão pessimista do mundo”. (ASSIS, *et al.*2004, p.44)

Com Minayo e Sanches (2004), podemos perceber que é a partir da segunda metade do século XX que o Setor Saúde se debruça como ativo defensor da proteção integral da criança do adolescente, tendo como expoentes, entre outros, as produções de pediatras e sanitaristas que fundamentavam as suas teses no crescimento e no desenvolvimento desses seres em formação.

“No Brasil, o primeiro trabalho científico publicado sobre o tema foi a descrição de um caso de espancamento de uma criança em 1973, estudo este realizado por professores da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Em 1975, um outro trabalho foi publicado: a descrição de cinco casos documentados de maus-tratos, pelo Dr. Armando Amoedo. E, em 1984, publicou-se o primeiro livro brasileiro sobre o assunto: “Violência de pais contra filhos: procuram-se vítimas”, de autoria da Dr<sup>a</sup>. Viviane N. de Azevedo Guerra”. (FERREIRA, 2002, p.29)

Posteriormente, como nos sinalizam Assis e Constantino (2003, p.177), em resposta ao que chamaram de sentimento de “incompletude e frustração” dos profissionais frente à realidade do dia-a-dia, foi necessário à área da saúde adotar uma perspectiva multiprofissional e intersetorial para o atendimento.

Bem verdade que as práticas decorrentes destas contribuições, ainda hoje, focalizam sua intervenção na esfera dos agravos, com predomínio no atendimento dos efeitos da violência (seus danos, na maioria das vezes, físicos). Estas autoras, não desmerecem a óbvia necessidade destas intervenções, mas sinalizam que o ECA exige mais da Saúde e seus profissionais: “pedem que se integrem, também, em práticas de proteção integral e de prevenção dos maus-tratos”. As práticas de saúde, portanto, consolidam-se a partir das necessidades demandadas pela população, que vem exigir do Setor Saúde maior eficiência e eficácia.

Santos (2005), ao citar Cavalcanti em suas recomendações sobre a prática sanitária, no âmbito do Programa de Saúde da Família, ilustra e exemplifica a requisição acima descrita com alguns indicativos de mudança do enfoque:

“Valorizar a atitude de escuta e orientação por parte dos profissionais perante as relações e situações de violência intrafamiliar como uma ação de cuidado e atenção à saúde; estruturar uma rede de apoio social para suporte dos profissionais na intervenção; construir uma equipe com profissionais especializados para a assistência aos familiares e suporte aos técnicos que interagem diretamente com a população; e fomentar a organização de grupo de discussão (com homens, mulheres/mães, jovens, idosos) para o desenvolvimento de ações de prevenção da violência, do alcoolismo, do uso de drogas e de promoção da saúde, da tolerância, do diálogo e do afeto(...)”. (SANTOS, 2005, p. 18)

Torna-se, portanto, imprescindível uma maior qualificação dos profissionais de saúde na atenção prestada.

A diretriz 3.4 da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por acidentes e violências, que aborda a assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências, destaca a importância desta expectativa com o seguinte indicativo:

“Os profissionais de saúde deverão ser capacitados a identificar maus-tratos, acionar os serviços existentes visando à proteção das vítimas e acompanhar os casos identificados. Serão garantidas as condições adequadas para o atendimento, tais como, tempo para reuniões de equipe, supervisão e infra-estrutura”. (BRASIL, 2001, p. 32).

Freitas (2005, p. 48) refere que não é uma tarefa simples a identificação e o reconhecimento de que alguém foi vítima de violência e ressalta que essa experiência nem todos estão preparados para enfrentar. Para esta autora, o “entendimento do que é cidadania e as representações que cada profissional faz da violência determinam seu modo de atendimento”. É sobre estas representações, conclui a autora, que se precisa trabalhar. Daí a necessidade de capacitação continuada desses profissionais.

Minayo (2005) aponta como fundamental o estabelecimento do diálogo entre os vários serviços existentes (médicos, clínicos, de emergência, de saúde pública, etc.) e diz que é necessário superar a tentação de “medicalizar a violência” e buscar uma maior especialização na atenção às vítimas, de maneira que se possam monitorar as ocorrências; ampliar e consolidar o atendimento às vítimas; capacitar recursos humanos – “tudo isso acompanhado por estudos e pesquisas que balizem as ações do setor”.

“É importante chamar atenção para o fato de que os serviços médico-hospitalares identificam menos casos de agressões múltiplas a crianças que os conselhos tutelares. Também as mulheres vítimas de abusos intrafamiliares, freqüentadoras assíduas de unidades de atendimento de saúde com queixas vagas, taxadas de “poliqueixosas”, não têm o problema da vitimização diagnosticado. Os profissionais da saúde mantêm uma posição de desinformação, indiferença, negação, preconceito e temor com respeito ao problema da violência doméstica e a suas conseqüências, assim como na detecção e prevenção de situações potencialmente perigosas(...). O medo de obrigações legais impede de tomar atitudes que pudessem auxiliar as vítimas. Este tema sequer faz parte dos programas das universidades, em sua maioria. A tendência é centrar em serviços com poucos recursos que tendem a seguir o mesmo trajeto das vítimas, poucos profissionais, isolados, desvalorizados, com enorme sobrecarga de trabalho”. (DAY *et al.*, 2003, p. 19)

Portanto, torna-se fundamental a necessidade de melhorar a resposta dos serviços de saúde diante da violência contra as crianças e os adolescentes no âmbito doméstico, uma vez que este setor constitui-se um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações que busquem identificar, tratar e prevenir esse fenômeno.

Cabe ressaltar que o processo saúde / doença depende destes sistemas, depende das condições de vida das pessoas, do seu entorno cotidiano, onde e como vivem, como atuam e trabalham e que requer não só uma gestão cuidadosa de políticas públicas, voltadas à criação de ambientes que permitam às pessoas levar vidas saudáveis, como também de uma participação mais ativa, onde as pessoas adquiram um maior controle sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde.(GENTILE, 2001).

Falar em saúde é falar de bem estar, de felicidade, ainda mais quando o tema não é mais apenas problema do indivíduo, mas tornou-se alvo de reivindicações sociais e debates coletivos, escapando, assim, “ao território fechado dos consultórios e laboratórios que se dedicam a ela”.(ARRUDA, 2002, p.216)

A Promoção da saúde, portanto, sugere um novo olhar, significando um potencial transformador de práticas, pensadas a partir das necessidades demandadas da população, contribuindo para o enfrentamento dos determinantes das variadas manifestações da violência.

Do ponto de vista da Saúde Pública importa “(...) pensar nos modos de prevenir as ocorrências por meio de uma forma ampliada de fazer saúde. A grande meta é a promoção de uma sociedade saudável”. (SOUZA & JORGE, 2004, p.23)

## CAPÍTULO 2 - REDES SOCIAIS DE APOIO

O conceito de rede pode ser encontrado em várias disciplinas, refere Loiola e Moura (1996, p. 55), além de se localizar em diferentes fenômenos sociais. A antropologia ressalta, por exemplo, as redes primárias no estudo da interação entre os indivíduos de determinados agrupamentos. A sociologia destaca as redes sociais identificadas nas múltiplas relações tecidas a partir de associações coletivas. A geografia focaliza as redes urbanas, que indicam níveis de interdependência de fluxos entre cidades.

As noções de redes são variadas, seus sentidos podem ser diferentes, prosseguem estes autores, porém, “nos trabalhos que têm por foco o indivíduo, a rede constitui-se por meio de interações que visam à comunicação, à troca e à ajuda mútua e emerge a partir de interesses compartilhados e de situações vivenciadas em agrupamentos ou localidades(...)”.(LOIOLA & MOURA, 1996, p. 55).

Para Castells (1999, p. 497), “Redes constituem a nova morfologia social de nossas sociedades, e a difusão da lógica de redes modifica de forma substancial a operação e os resultados dos processos produtivos e de experiência, poder e cultura”.

Rede, refere este autor, é um conjunto de nós interconectados e a topologia definida por esta determina que a intensidade e frequência de interação entre dois pontos (ou posições sociais) é menor (mais intensa), se ambos os pontos forem nós de uma mesma rede.

Nesta mesma linha de analogia, Loiola e Moura (1996, p. 54) considera que os fios e as malhas desta rede dão a sua forma básica. Os fios corresponderiam às linhas ou relações entre atores ou organizações, os quais representariam as malhas ou os nós. A igualdade e a complementaridade entre as partes são aspectos fundamentais, reforçados pela regularidade entre as malhas.

“Cada nó do tecido é estratégico, é fundamental para o todo, mas eles só formam o tecido quando ligados entre si pelas linhas. Além disso, (...) os nós limitam e, ao mesmo tempo, são pontos a partir dos quais a rede se expande” (LOIOLA & MOURA, 1996, p.54).

Redes seriam estruturas de expansão, de integração entre novos nós, diz Castells (1999), desde que consigam comunicar-se dentro da rede, ou melhor, “(...)

desde que compartilhem os mesmos códigos de comunicação (por exemplo, valores ou objetivos de desempenho)”.

O conceito de Rede, segundo Schiray *apud* Zaluar (2004,p 152), seria uma boa contribuição para se pensar fluxo hierárquico e relações interpessoais, pois, implicaria “(...) relações não grupais ou institucionais corporativas fechadas, ou seja, refere-se a relações abertas no tempo e no espaço, conectando inúmeras pessoas através de contatos de diversos tipos que se vão multiplicando pelos intermediários”.

Para esta autora “a organização em rede prescinde da idéia de organização corporativa, burocratizada, e pode ser rapidamente desfeita e refeita em outras rotas, circuitos e fluxos, ou com outros personagens”. (ZALUAR, 2004, p. 152).

São, portanto, os eventos concretos, os territórios e os propósitos delimitados o que podemos considerar como referências para a identificação das redes, das ligações entre atores e organizações. (LOIOLA & MOURA, 1996, p.65).

Do ponto de vista de Martinho *apud* Ferreira (2002, p. 12, 13), redes apresentam as seguintes características fundamentais: vontade, autonomia, respeito às diversidades, insubordinação, isonomia, descentralização, desconcentração de poder, multiliderança, coordenação, cooperação, valores e objetivos compartilhados, participação, democracia, multi-dimensionalidade, conectividade, abertura para fora e dinamismo.

Mance (2000), também citado por Ferreira (2002, p. 13), refere que suas características são: autopoiese, intensividade, extensividade, diversidade, integralidade, realimentação, fluxo de valor, fluxo de informação, descentralização, gestão participativa e regionalidade.

Inojosa (1999), outro autor estudado por Ferreira (2002), ao refletir sobre os tipos de relação e de poder existentes nas redes, classifica-as em três tipos: redes autônomas, redes tuteladas e redes subordinadas.

As redes autônomas, para este autor, seriam:

(...) quando é constituída por entes autônomos, com objetivos específicos próprios e que passam a se articular, em função de uma idéia abraçada coletivamente; neste modelo de rede, os entes são mobilizados por um ou mais deles, a partir de uma idéia-força ou idéia-mobilizadora que os leve a definir, em conjunto, um objetivo comum, a ser realizado através da sua articulação, com a

preservação da identidade original de cada participante (INOJOSA (1999:220) *apud* FERREIRA, 2002).

Redes tuteladas:

(...) os entes têm autonomia, mas se articulam sob a égide de uma organização que os mobiliza em função de um papel de regulação legal ou de capacidade de financiamento e que, por isso, modela o objetivo comum. Cada ente, além de considerar o susto e os possíveis benefícios da adesão, tenderá a subordinar sua permanência na rede a essa relação (INOJOSA (1999:220) *apud* FERREIRA, 2002).

Já rede subordinada seria aquela:

“(...) constituída por entes que são parte de uma organização ou de um sistema específico e onde existe uma interdependência de objetivos. Estas redes independem da vontade dos entes. São as cadeias de lojas ou redes de serviços públicos, assim chamadas pela sua dispersão geográfica e relativa independência administrativa, mas não de propósitos. Nesta classe de rede o grau de autonomia das partes é determinado pela coordenação, que pode delegar e retomar poder a qualquer momento. Pode haver um esforço de compartilhamento de interpretações e sentidos, bem como de articulação de ações, mas a idéia que norteia a rede - a idéia força - não foi abraçada coletivamente e livremente por entes com a sua identidade própria (INOJOSA (1999:220) *apud* FERREIRA, 2002).

No entanto, Martinho (2001) *apud* Ferreira (2002) desconsidera esta classificação referindo serem estas últimas apontadas por Inojosa como redes que não são verdadeiras, ou seja, para este autor, estas seriam o que descreve como pirâmides disfarçadas, onde aspectos de centralização de poder são evidentes. Para ele muito do que hoje chamamos de rede (como as cadeias de lojas, unidades fabris, emissoras de TV) não passa de sistemas hierárquicos verticalizados, onde existe um controle central de onde emanam as regras a que os demais elementos devem se sujeitar (MARTINHO (2001) *apud* FERREIRA, 2002, p.14).

Portanto, prossegue Ferreira (2002), redes verdadeiras seriam aquelas que se constituem com bases na descentralização e na horizontalização das relações, o que chama de redes autênticas. Já as demais centradas na verticalização e na centralização, seriam designadas de redes disfarçadas.

Segundo Barros (2005), a formação de redes sociais tem se constituído em diferentes arranjos nas últimas décadas e perdura, há muito tempo, como estratégia de sobrevivência e resistência, principalmente nas questões relativas ao enfrentamento das violências a que são submetidos crianças e adolescentes. Para essa autora, as redes são a estruturação de diversos campos onde se implicam agentes sociais e onde se configuram e se efetivam as práticas de proteção social.

A violência, portanto, por sua característica multifacetada, exige da sociedade não uma única ação, um único ponto de vista, uma única estratégia, mas, ao contrário, uma investida articulada como nos sinaliza Minayo:

“(...) qualquer ação para superar a violência passa por uma articulação intersetorial, interdisciplinar, multiprofissional e com organização da sociedade civil e comunitárias que militam por direitos e cidadania”. (MINAYO, 1994, p.16)

## ***2.1 REDES SOCIAIS NO BRASIL.***

No Brasil, desde os meados da década de 80, a partir de movimentos sociais, se reconheceu a necessidade de uma atuação ampla, contínua, integrada, que possibilite ações redistributivas de apoio e de defesa de direitos, sobretudo dos segmentos mais vulneráveis de nossa sociedade. O trabalho em Rede, portanto, passa a ser uma exigência da realidade. (Deslandes, 2004).

Segundo Oliveira (2004), “muitas dessas Redes foram gestadas no contexto histórico da mobilização por cidadania, ocorrida em torno da Constituição Federal de 1988. A finalidade era organizar a sociedade civil, em busca de soluções para questões que demandavam mudanças, como a situação da mulher, do negro e das crianças”.

A Constituição de 1988 representa um novo marco jurídico para a sociedade brasileira, pois projeta um modelo mais universalista e igualitário de organização da

proteção social no País. Através desta são assegurados direitos sociais há muito reivindicados pela sociedade.

Com ela, a Doutrina de Proteção Integral às crianças e aos adolescentes é consolidada pelo seu Artigo 227, fundamentando o princípio de Prioridade Absoluta, mais tarde ratificada na década de 90 pela Lei Federal 8069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.” (CONSTITUIÇÃO FEDERAL de 1988, art. 227.)

A Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente passam a ser os novos paradigmas para o sistema de Justiça. Esta nova legislação, signatária da Doutrina da Proteção Integral, avança na sua compreensão sobre a infância e a juventude e reconhece direitos antes negados à criança e ao adolescente, respeitando seu estágio de desenvolvimento.

É nesta mesma década que surgem outras três importantes legislações, como a Lei nº 8080/90, que institui o Sistema Único de Saúde – SUS, a Lei nº 8742/93 – Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, que dispõe sobre a organização da assistência social, e a Lei nº 9394/96 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB, que regulamenta os sistemas de educação e ensino. Todas elas pautadas em princípios comuns que apontam para a descentralização política e administrativa e a participação da sociedade na formulação destas políticas.

Conceitos de integração, intersetorialidade e de redes de atenção ganham, portanto, corpo e consistência, convocando o protagonismo da sociedade organizada, criando meios de superação do paternalismo, do assistencialismo e do conservadorismo que, historicamente, marcaram muitas das políticas brasileiras.

As Redes, neste estudo, vinculadas ao sentido de movimento, redes sociais e redes de solidariedade, constituem uma forma de agremiação de pessoas e instituições em torno de objetivos comuns. Sua configuração prima pela

descentralização na tomada de decisões e pela desconcentração do poder. Não se constitui um novo serviço, mas uma nova concepção de trabalho que valoriza a flexibilidade, a autonomia, a horizontalidade das relações, dando ênfase à atuação integrada e intersetorial.

“Uma estrutura de rede significa que os integrantes se ligam horizontalmente a todos os demais, diretamente ou por meio dos que os cercam. O conjunto resultante é como uma malha de múltiplos fios, que pode se espalhar indefinidamente para todos os lados, sem que nenhum dos seus nós possa ser considerado principal ou central, nem representante dos demais. Há necessidade de que os componentes da rede: definam coletivamente os objetivos; agreguem as pessoas, grupos ou organizações disponíveis em redor desses objetivos; definam fluxos de acordo com cada tipo de necessidade e gravidade do caso; abdicuem de créditos individuais, pois o mérito é de todo o grupo e o crédito deve ser de todos; discutam e negociem a condução do trabalho.” (BRASIL, 2002, p. 30)

Loiola e Moura (1996, p. 57)), ao citar Maurel (1991), afirmam que o trabalho em Rede “permite articular os diversos atores do Estado e da Sociedade civil em torno de uma ação pública”. Para essas autoras, a Rede corresponde a articulações / interações entre organizações, grupos e indivíduos vinculados a ações / movimentos reivindicatórios (ONGs, associações, sindicatos, etc.), visando à mobilização de recursos, ao intercâmbio de dados e experiências e à formulação de projetos e políticas. Afirmam, também, que as Redes podem contribuir para engendrar as condições de mobilização social, uma vez ser o movimento social constituído “a partir da teia de interações informais estabelecida por uma pluralidade de indivíduos, grupos e/ou organizações. (DIANI (1993) *apud* LOIOLA & MOURA, 1996, p.56).

“A interação de atores e organizações, enquanto rede, parece funcionar como uma tentativa de ampliar o leque dos parceiros – em quantidade e diversidade -, a fim de viabilizar interesses e projetos comuns. Significa, portanto, um rompimento com os princípios-chave das instituições burocráticas, através da preservação da heterogeneidade entre os parceiros e da busca de flexibilidade de funcionamento, privilegiando as relações

de cooperação, sem contudo eliminar os conflitos e a competição”. (LOIOLA & MOURA, 1996, p.60).

Um pressuposto fundamental para a construção e sustentação das Redes é a intersectorialidade. Sua lógica de compreender saúde localiza os limites institucionais, potencializando suas ações com outros setores. Não é mais possível compreender uma única ação dando conta de todos os aspectos da atenção necessária.

Cabe ressaltar que a perspectiva interdisciplinar possibilita um diálogo amplo. É um requisito para uma visão da realidade nas perspectivas da unidade, da globalidade e da totalidade, propõe Andreola (1999), ao refletir sobre a visão de Paulo Freire, não se reduzindo a uma tarefa solitária ou a um empreendimento estanque de diferentes saberes e transcende à expectativa do método científico, pois:

“A visão do todo, a perspectiva da totalidade impõe-se como necessidade. A interdisciplinaridade é, pois, um compromisso ético com a vida e uma exigência ontológica, antes ainda de se impor como imperativo epistemológico e metodológico”. (ANDREOLA, 1999, p. 68).

Para este autor, a dinâmica de uma nova racionalidade, tanto filosófica como científica, deve despir-se da parcialidade, da visão fragmentária, e ter sua gestação na intersubjetividade, no diálogo, na comunicação interdisciplinar.

Também com Santomé (1998) *apud* Almeida (2002, p.17), ao refletir sobre as considerações de Piaget, podemos observar a valorização da colaboração e integração entre as disciplinas. Segundo este autor, Piaget coloca que a pesquisa interdisciplinar tem como finalidade a tentativa de uma “recomposição ou reorganização dos âmbitos do saber”, que “(...) consistem de recombinações construtivas que superam as limitações que impedem o avanço científico”.

Ainda segundo Santomé, *apud* Almeida (2002, p.17), Piaget distingue três níveis desta integração:

1. *Multidisciplinaridade*. O nível inferior de integração. Ocorre quando, para solucionar um problema, busca-se informação e ajuda em várias disciplinas, sem que tal interação contribua para modificá-las ou enriquecê-las. Esta costuma ser a primeira fase de constituição de equipes de trabalho interdisciplinar, porém não implica em que necessariamente seja preciso passar a níveis de maior cooperação.

2. *Interdisciplinaridade*. Segundo nível de associação entre disciplinas, em que a cooperação entre várias disciplinas provoca intercâmbios reais, isto é, existe verdadeira reciprocidade nos intercâmbios e, conseqüentemente, enriquecimentos mútuos.

3. *Transdisciplinaridade*. É a etapa superior de integração. Trata-se da construção de um sistema total, sem fronteiras sólidas entre as disciplinas, ou seja, de ‘uma teoria geral de sistemas ou de estruturas, que inclua estruturas operacionais, estruturas de regulamentação e sistemas probabilísticos, e que una estas diversas possibilidades por meio de transformações reguladas e definidas’. (SANTOMÉ(1998), *apud* ALMEIDA, 2002, p. 17).

A Saúde precisa se articular com outras áreas. “As ações coletivas demandam entendimento com a educação, os serviços sociais, a justiça, a segurança pública, o ministério público, o poder legislativo e, sempre, com os movimentos sociais”. Esta articulação visa promover uma sociedade na qual o valor primordial seja a vida e a convivência saudável de seus cidadãos. (MINAYO, 2005, p.63).

Com certeza estamos muito distantes de uma proposta tão integradora como a da transdisciplinaridade, porém, a Saúde precisa promover novas ações em busca da integralidade da atenção, e, a interdisciplinaridade se coloca como uma alternativa viável. É preciso incorporar a intersetorialidade como uma inovação para a assistência. É preciso abandonar a histórica onipotência do saber dos trabalhadores deste setor e dar lugar a uma concepção mais ampliada de atuação, com vistas a criar novos espaços de interlocução e escuta, que viabilizem canais de compartilhamento de soluções. As articulações intersetoriais favoreceriam a possibilidade de se obterem olhares diferentes sobre um mesmo objeto e o conhecimento mais ampliado da magnitude do problema, permitindo a prestação de uma intervenção de maior qualidade e amplitude.

## **2.2 A REDE DE ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE DE NITERÓI.**

Decifrar as variáveis intrínsecas do fenômeno da violência pressupõe debruçar-se sobre sua característica multifacetada e propor uma atenção que, cada vez mais, vem requerendo da sociedade o envolvimento de vários atores capazes de apontar

estratégias de prevenção e atenção integral à criança e ao adolescente, vítimas de violência.

Faz-se necessário, portanto, o fomento cada vez maior de políticas públicas que venham a contribuir não só com o impedimento do avanço dos índices de violência a que é submetido este segmento da população, mas também com a implementação de ações voltadas à promoção da saúde, aqui entendida na sua dimensão mais atual, não se constituindo meramente a ausência de doença ou enfermidade.

Com este intuito, no ano de 1998, surgiu no município de Niterói, a partir da iniciativa de órgãos de defesa de direitos – Juizado da Infância e Juventude, Conselho Tutelar, Ministério Público e ABRAPIA (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência), um espaço de preocupação com o tema, intitulado inicialmente de **Rede de Atendimento Integrado à Violência Doméstica e Estrutural contra Crianças e Adolescentes**, posteriormente **Rede Municipal de Atendimento Integrado a Crianças e Adolescentes Vítimas de Maus-Tratos** e atualmente sob o nome de **Rede Municipal de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente de Niterói**, tendo como uma de suas atribuições assessorar o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente na elaboração do **Plano Municipal de Enfrentamento à Violência Contra a Criança e o Adolescente de Niterói**.

Mensalmente, esta Rede, coordenada por um Núcleo Gestor, reúne-se em uma das salas do I Conselho Tutelar do Município de Niterói, com o intuito de refletir, propor e deliberar coletivamente sobre as ações encaminhadas.

Numa perspectiva de tornar a proposta um projeto permanente, foram deliberados, em reuniões da Rede, alguns princípios que pudessem garantir a sobrevivência da iniciativa, que, segundo o Boletim Institucional de 2004 da Rede, são:

1- a proteção integral à criança e ao adolescente constitui o sentido da existência da Rede e é a base do consenso ético-político;

2- a confiança e a busca pelo consenso formam a base da sustentabilidade da parceria;

3- a condução da Rede deve se dar pela discussão e negociação e não pelo comando;

4- o compromisso de organização em rede transcende o trabalho interno da organização;

5- a capacidade de agregar pessoas e grupos, de estabelecer objetivos a médio e longo prazo e de manter a constância de propósitos é o capital social produzido em rede;

6- o reordenamento institucional, em muitos casos, faz-se necessário, na busca pela complementaridade das ações e potencialização dos recursos;

7- entrar na Rede é abdicar de créditos individuais, o mérito é do grupo e o crédito deve ser de todos.

Nascimento e Rocha (2004), em suas reflexões, acrescentam mais três princípios norteadores, não publicados neste Boletim: 8- descentralizar pressupõe partilha de poder; 9- não confundir municipalização com prefeiturização do atendimento; 10 - a Rede pré-existe, o trabalho é identificá-la e fortalecê-la.

É nesse espaço que ocorrem não só as exposições de casos que precisam de atendimento e atenção prioritária, mas também a construção de propostas que visem impactar a comunidade de Niterói, dando visibilidade a um problema de tamanha gravidade e complexidade.

Um exemplo disto refere-se ao “Dia Municipal de Enfrentamento à Violência Contra a Criança e o Adolescente”, proposto durante o II Seminário Vítimas do Silêncio, em maio de 2001. O desdobramento desta proposta deu-se com o acolhimento pelo Legislativo Municipal e a conseqüente formulação da Lei Municipal Nº 1883/01, que instituiu para esse evento o dia 04 de outubro, escolhido em homenagem a um adolescente deste município, com uma trajetória de vida submetida a violências, morto pelo narcotráfico. Esta data passa, assim, a integrar o calendário de atividades da Semana da Criança do município, sendo realizada na ocasião uma “Caminhada pela Paz”, desde 2001.

O “Seminário Vítimas do Silêncio - Rompendo o Ciclo da Violência Contra a Criança e o Adolescente”, realizado anualmente e já em sua quinta edição, em 2004, é mais um exemplo das iniciativas do trabalho coletivo proposto pela Rede.

Sua primeira formatação, no ano de 2000, nasce da idéia de se marcar o dia 18 de maio – Dia Nacional de Combate ao Abuso e Exploração Sexual, dando maior visibilidade às propostas da Rede, convocando atores da saúde, assistência social e outros para reflexões e debates sobre a implantação da Ficha de Notificação Compulsória de Maus-tratos. Este evento, promovido às pressas e com recursos dos próprios órgãos envolvidos, foi realizado no auditório da FIRJAN (Federação das Indústrias do Rio de Janeiro), com importante repercussão para o município de Niterói. (NASCIMENTO & ROCHA, 2004)

O segundo Seminário, em 18 de maio de 2001, versou sobre políticas públicas de enfrentamento à violência contra a criança e o adolescente e estimulou a participação e o compromisso de outros atores, entre eles o executivo, o legislativo e o judiciário municipal, além de várias associações comunitárias, que através de um “Termo de Adesão”, assinaram este documento, em solenidade realizada na Câmara Municipal de Vereadores de Niterói, local do seminário, reunindo mais de 400 pessoas.

Na sua terceira versão, em 20 de maio de 2002, realizado no auditório da OAB – Niterói, o tema proposto foi: “O Desafio da Integração no Trabalho em Rede”. Sua expectativa era a de que fosse refletido sobre o desafio das Instituições e dos municípios no planejamento de ações articuladas e integradas. Nesta ocasião, foi lançado o I Curso de Formação de Agentes de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Destaca-se na quarta versão deste Seminário, que teve como tema “Violência Sexual Contra a Criança e Adolescente no Rio de Janeiro e Niterói”, a parceria constituída com a Universidade Federal Fluminense, através da Pró-Reitoria de Extensão, a convocação para a participação no II Curso de Formação de Agentes de Defesa dos Direitos e a divulgação da proposta de um Plano Municipal de Enfrentamento à Violência contra a Criança e o Adolescente, plano este constituído pelos integrantes da Rede. Este foi realizado em 19 de maio de 2003 no Teatro dessa Universidade.

No quinto Seminário, também ocorrido na Câmara Municipal de Vereadores de Niterói, no dia 18 de maio de 2004, com o tema – Plano Municipal de Enfrentamento à Violência contra a Criança e o Adolescente, além das discussões

afins, foi realizada a apresentação de um curso de Formação de Comitês de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (parceria da Rede com a Universidade Federal Fluminense).

Os Comitês são espaços de articulação, baseados na promoção e garantia dos direitos da criança e do adolescente, que visam fomentar a participação e a implicação dos diversos segmentos sociais, ratificando a responsabilidade partilhada entre a família, a sociedade e o poder público quanto à garantia dos preceitos constitucionais.

O sexto Seminário, em 2005, teve como tema “Direitos Sexuais são Direitos Humanos – pelo Direito de Crianças e Adolescentes a uma Sexualidade Saudável e Protegida” e se realizou na Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense. Objetivou também a ampliação da discussão sobre as estratégias de operacionalização do Plano Municipal de Enfrentamento à violência Contra a Criança e o Adolescente de Niterói.

Baseada no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei Federal nº 8069/90, em seu artigo 86, que sinaliza que a política de atendimento dos direitos desse segmento far-se-á de forma articulada, esta Rede vem tentando, ao longo desses anos, implementar suas ações através do estabelecimento de um fluxo de atendimento que venha a minimizar a exposição e o sofrimento dos vitimados. Sua motivação tem se dado pela necessidade de evitar a duplicidade de procedimentos e acelerar o andamento da atenção aos casos que envolvam maus-tratos.

Segundo Nascimento e Rocha (2004), outros elementos legais fundamentam as ações em rede, quais sejam: O artigo 87 desta mesma lei federal, em seu Inciso III, preconiza serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão; no artigo 88 pode se destacar a mobilização da opinião pública, no sentido da indispensável participação dos diversos segmentos da sociedade, dentre as seis diretrizes neste estabelecidas quanto à política de atendimento.

Antes da constituição desta Rede, era comum a vítima de violência ser submetida a um desgastante processo de entrevistas pelos órgãos de defesa de direitos acima citados, de forma desarticulada, gerando, em muitos dos casos, uma duplicidade de atendimentos e uma conseqüente revitimização do atendido. Esta

lógica, além de submeter a criança e o adolescente a “re-vivenciarem” o fato da violência por inúmeras vezes, não acarretava em conseqüente atendimento especializado, pois não havia dispositivos específicos desta atenção no município.

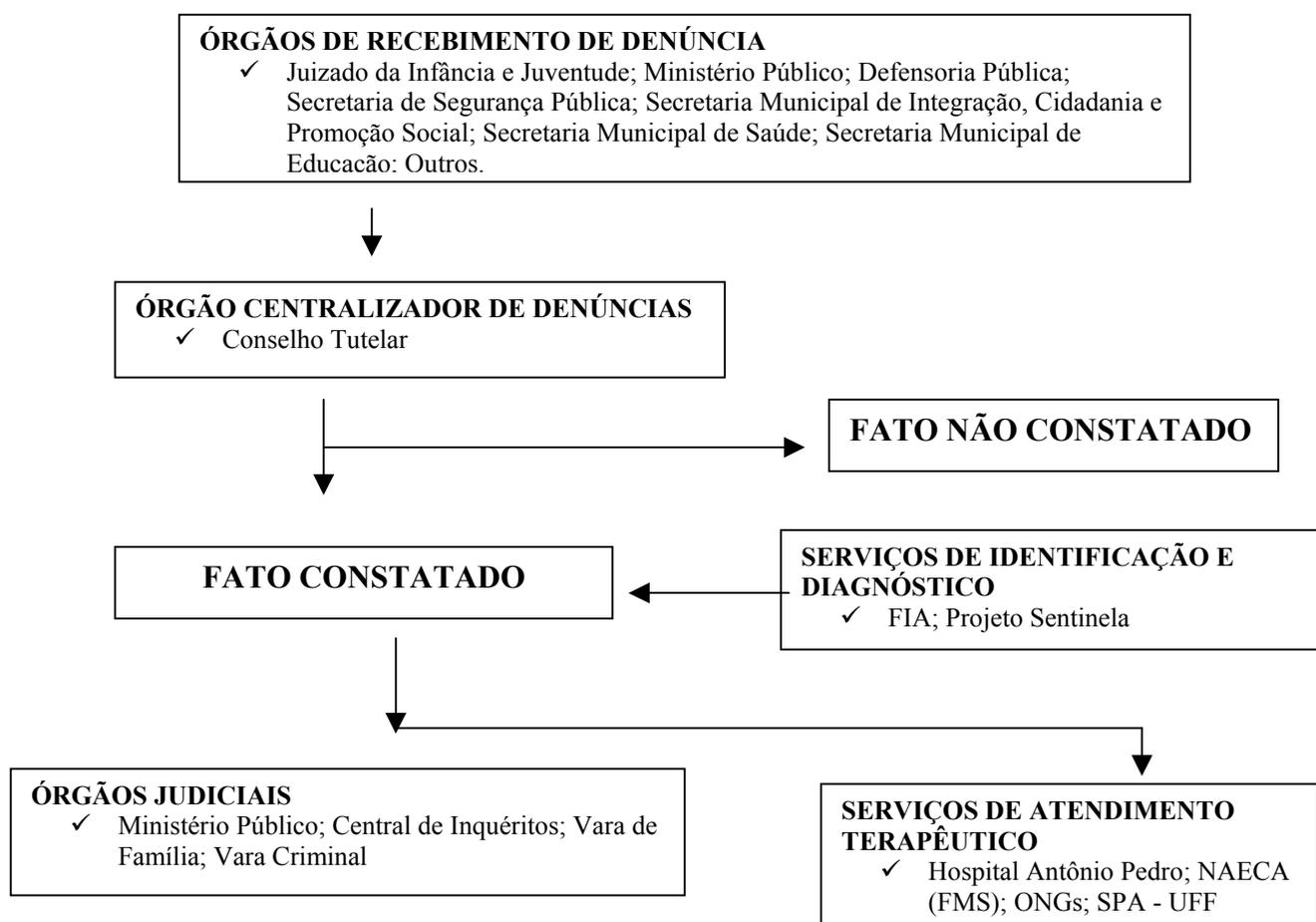
Barros (2005), ao citar Faleiros & Faleiros (2001) em sua tese de doutorado, comenta sobre a categorização de fluxos relacionados à criança e adolescentes:

“Do ponto de vista empírico os Fluxos são, a seguir, caracterizados pelas instituições que os compõem e as funções que lhes são atribuídas: O Fluxo de Defesa de Direitos - É composto pelos Conselhos Tutelares, Varas da Infância e da Juventude, Ministério Público, Defensoria Pública e Centros de Defesa. Suas funções são: defender e garantir os direitos de todos os implicados na situação de abuso sexual notificada, protegendo-os de violações a seus direitos. Para tal tem o poder de, com força da lei, determinar ações de atendimento e de responsabilização. O Fluxo de Atendimento - É composto pelas instituições executoras de políticas sociais (de saúde, educação, assistência, trabalho, cultura, lazer, profissionalização) e de serviços e programas de proteção especial, bem como por ONGs que atuam nestas áreas. Suas funções são: dar acesso a direitos a políticas sociais e de proteção, prestar serviços, cuidar e proteger. Deve dar cumprimento a determinações oriundas do Fluxo de Defesa de Direitos e do Fluxo de Responsabilização, bem como prestar-lhes informações. O Fluxo de Responsabilização - É composto pelas Delegacias de Polícia, Delegacias Especializadas (de Proteção à Criança e ao Adolescente, e da Mulher), Instituto Médico Legal, Varas Criminais, Vara de Crimes contra a Criança e o Adolescente, Delegacia da Criança e do Adolescente e Vara da Infância e da Juventude (quando o abusador é menor de idade) e Ministério Público. Suas funções são: responsabilizar judicialmente os autores de violações de direitos, proteger a sociedade, fazer valer a lei. Pode determinar como pena o atendimento ao réu.” (FALEIROS & FALEIROS (2001) *apud* BARROS, 2005, p.171).

Vários atores sociais aderiram ao movimento durante o percurso, desde sua instalação, colaborando, de acordo com suas habilidades e competências, com a atenção necessária a cada caso em questão. Parte destes colaboradores atua antes do

fato constatado, recebendo as denúncias e encaminhando-as ao seu órgão centralizador, que é o I Conselho Tutelar de Niterói. A partir daí, a vítima é encaminhada a Serviços de Identificação e Diagnóstico e aos Serviços de Atendimento Terapêutico, bem como aos Órgãos da Justiça, para outras providências cabíveis.

O esquema abaixo sintetiza o atual fluxo de atendimento da Rede:



(Fonte- Boletim Institucional da Rede – maio de 2004)

Apesar de este fluxo estratégico estar já elaborado, não se traduz, até o momento, em uma exemplar articulação executada, tendo em vista as dificuldades operacionais observadas nos processos de comunicação interinstitucional, explicitadas nas discussões da Rede. Ainda busca-se um amadurecimento desses

processos, com vistas a otimizar as ações, principalmente dos atendimentos dos casos. Além disso, a Rede ainda carece de um sistema de informatização atualizado e integrado aos seus componentes, de maneira a gerar um banco de dados único no sistema, além de possibilitar a visualização do fluxo do acompanhamento realizado.

De acordo com seu Boletim Institucional Informativo, divulgado em maio de 2004, as Instituições que compunham o seu Núcleo Gestor eram:

- *I e II Conselhos Tutelares do Município* – Órgãos Colegiados que têm a função de zelar pelo cumprimento dos direitos definidos no Estatuto da Criança e do Adolescente.
- *A Promotoria de Justiça da Infância e Juventude do Ministério Público e a Divisão Técnica do Juizado da Infância e Juventude de Niterói* - Órgãos que atuam na Rede em casos que demandam medidas judiciais de proteção à criança e ao adolescente em situação de ameaça ou violação de direitos cabíveis.
- *CMDCA - Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente de Niterói* – Órgão colegiado e paritário (sociedade civil e governo), que atua como formulador de políticas voltadas ao enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes.
- *Fórum DCA – Niterói – Fórum Popular Permanente de defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente* – Órgão de representação Formal da sociedade civil organizada, constituído por ONGs que militam na área da infância, fomentando ações de fortalecimento da sociedade na gestão da política de atenção à criança e ao adolescente.
- *Secretaria de Assistência Social (Projeto Sentinela)* – atua oferecendo atendimento multiprofissional e suporte às ações dos órgãos de defesa.
- *NACA – Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente* – ONG vinculada à Fundação para a Infância e Adolescência (FIA), que atua na Rede realizando serviço de investigação da violência, prestando serviço de apoio psicossocial aos casos encaminhados.
- *ACAVV - Programa de atendimento à criança e ao adolescente vítimas de violência, do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP/UFF)* – oferece

atendimento especializado a vítimas de maus-tratos provenientes dos serviços de emergência, ambulatório e internação do HUAP.

- *NAECA - Núcleo de Atenção Especial à criança e ao adolescente da Secretaria Municipal de Saúde / FMS* – atua no atendimento clínico multiprofissional às vítimas, familiares e agressores.
- *Hospital Getúlio Vargas Filho / Secretaria Municipal de Saúde – FMS* – oferece atendimento em serviço de emergência pediátrica não traumática às crianças e adolescentes do município.
- *Programa Médico de Família / Secretaria Municipal de Saúde/FMS* – atende diretamente às comunidades circunscritas geograficamente, atuando na Rede como órgão notificativo, oferecendo suporte às crianças, adolescentes e familiares, sob a ótica da saúde coletiva.
- *Fundação Municipal de Educação / Coord. de Ed. Especial* – trabalha pela Educação Inclusiva de crianças portadoras de necessidades educativas especiais e atua na Rede como Órgão notificativo e como suporte técnico multiprofissional às crianças e adolescentes da Rede Municipal de Ensino de Niterói.
- *Outros Órgãos:* Hospital Estadual Azevedo Lima (Secretaria Estadual de Saúde); Programa “Volta pra Casa” (SMAS), Coordenadoria Metropolitana VIII (Secretaria Estadual de Educação); Delegacias de Polícia – Central de Inquéritos, Defensoria Pública da Infância e Juventude, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente – DPCA, DEAM e o 12º Batalhão da Polícia Militar.

Como sinalizamos anteriormente, a violência é um grave problema de Saúde Pública. Provoca uma grande demanda por serviços de saúde e, no caso de maus-tratos praticados contra crianças e adolescentes, sua notificação pelo Sistema Único de Saúde - SUS é obrigatória, por lei federal.

À medida que este problema se destaca, emerge a necessidade de resposta da Saúde, através de seus dispositivos, quanto à produção de intervenções de impacto efetivo e eficaz.

Santos (2005) chama a “atenção para a importância e credibilidade do setor saúde no enfrentamento da violência intrafamiliar”.

O CONANDA (Conselho Nacional de Direitos da Criança e do Adolescente), através de suas diretrizes nacionais para uma política de proteção integral à infância e à adolescência, preconiza, em seu eixo saúde, uma política de saúde pública de acesso universal e igualitário, nos aspectos da promoção, proteção e recuperação da saúde de crianças e adolescentes. Além disso, aponta, em sua estratégia 17, deste mesmo eixo, a necessidade de implantação de ambulatórios especializados para o atendimento às crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos.

É indicativo deste Conselho que o conjunto das Diretrizes Nacionais para a Política de Atenção Integral à Infância e à Adolescência adquira solidez, desde que observada cada realidade local. Além disso, o Conselho considera que a dimensão da “município oferece condições e competências para tecer e organizar a rede de atenção a crianças e adolescentes”.

Esta dimensão também é uma prerrogativa do ECA, que em seu artigo 86, já citado anteriormente, explicita:

"A política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios" (BRASIL, 1990)

Nesse sentido, o Setor Saúde do município de Niterói não poderia estar desarticulado daqueles que compõem esta Rede de preocupação, até porque, numa perspectiva intersetorial, pode e deve contribuir com ações que visem conhecer a problemática, pressuposto da intervenção preventiva, e à criação de estratégias articuladas de atuação integrada.

Cavalcanti e Minayo (2004), ao comentarem sobre a violência ocorrida nos espaços domésticos, reforçam esta afirmação:

“A violência intrafamiliar é uma questão complexa cuja abordagem requer a mobilização de ampla rede de apoio social, interinstitucional e intersetorial, da qual o setor saúde deve participar promovendo a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das vítimas”. (CAVALCANTI & MINAYO, 2004, p.486).

Brasil (2002, p. 30), ao citar Whitacker (1993) e Costa (1999), sinaliza a importância de se estabelecerem estruturas de Rede. Nestas, se pressupõem uma horizontalidade nas relações estabelecidas pelos integrantes e uma representação coletiva das idéias, fatores fundamentais ao bom andamento do processo. Na Rede, os créditos individuais devem ser abdicados em favor do grupo, criando uma atmosfera de discussão e negociação da condução dos trabalhos.

Como se pode observar, esta Rede é constituída por uma significativa participação do Setor Saúde deste município, aproximando este segmento de seu papel cada vez mais requerido na modernidade: sua participação na

“macropolítica pública onde poderá, através de identificação de problemas que afetam a saúde dos indivíduos e coletividades, influenciar a inserção de ações que contribuam para sua resolução, e para a proteção e promoção da saúde e elevação da qualidade de vida dos indivíduos”. (GENTILE, 2001, p.80).

O Seminário Nacional de Violência Urbana e Segurança Pública, ocorrido em Brasília, em 30 e 31 de outubro de 2001, promovido pela Câmara dos Deputados, através de sua Comissão de Desenvolvimento Urbano e Interior – CDUI / Subcomissão de Violência Urbana, em parceria com a Comissão Intersetorial de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência – CITV, do Conselho Nacional de Saúde, materializa uma das diretrizes que apontam para a necessidade de inserção do Setor Saúde na discussão do tema. Este indicativo é observado no que foi chamado de “CARTA DE BRASÍLIA”, documento resultante deste Seminário.

Este documento, em sua proposição nº 9, chama a atenção para o fenômeno da violência, que “(...) requer uma postura ampla na realização dos diagnósticos e a implementação de políticas públicas intersetorializadas”. Cita também, em sua proposição nº 12, a necessidade de criação de “fóruns permanentes de discussão sobre o Sistema de Justiça e Segurança Pública, visando à proposição de ações preventivas de combate à violência, priorizando a juventude e a violência doméstica”. (CARTA DE BRASÍLIA, 2001).

Também o ECA tem uma formulação muito clara quanto à atenção que deve ser dedicada aos direitos fundamentais constituídos a este especial grupo populacional, no tocante ao papel do Setor Saúde. Nele, em seu Capítulo I, são

apontadas, entre outras, de maneira precisa, as garantias de atendimento, determinando as ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, através do SUS (Sistema Único de Saúde), além das ações dos profissionais deste setor.

No entanto, sabe-se que a violência intrafamiliar representa um desafio, uma barreira a ser superada pelo Setor Saúde, tendo em vista os aspectos culturais que envolvem a problemática, seja no tocante à identificação, isto é, no diagnóstico, seja relacionado à notificação, que muitas vezes não é realizada pelo receio dos profissionais quanto aos desdobramentos posteriores.

“Nas avaliações do desempenho dos serviços e da atuação de profissionais, percebe-se uma perspectiva otimista de seus resultados. Nas ações que envolvem a elaboração de propostas, nos protocolos de atendimento e no atendimento propriamente dito, são identificados benefícios, tanto para os casos singulares, como para o controle mais geral da violência. Contudo, a despeito deste potencial, coexistem dificuldades relacionadas à postura e à prática profissional. Estudos constatam que a violência intrafamiliar e seus efeitos raramente aparecem nos registros dos prontuários a partir de consultas realizadas nos serviços de saúde”.(SANTOS, 2005, p.3).

Além disso, o Setor Saúde tem um papel fundamental no tocante às ações de promoção da saúde. Esta participação é cada vez mais expressão de uma compreensão de que a violência, fenômeno de característica multifacetada, deve ser tratada de forma integrada e intersetorializada. Deve-se, portanto, reconhecer-se a incapacidade e a fragilidade das políticas focalizadas e fragmentadas e valorizar-se a formulação de parcerias, pois esta modalidade de articulação potencializa a otimização dos recursos existentes, dá visibilidade ao processo de atenção e promove subsídios para a implementação de políticas públicas.

Segundo Santos (2005), as práticas de saúde não podem ser vistas como um processo linear. “É um fenômeno social, pois representam a síntese momentânea da trajetória de uma política de saúde que tem como ponto de partida a construção de propósito de grupos em luta, os quais a cada momento, influenciam a conformação do sistema”.

Neste sentido, é preciso falar de uma atitude que horizontaliza os processos e coloca a cooperação como tônica central da atenção pretendida, o que vem tentando fazer não só o Setor Saúde integrante desta Rede, mas todos os outros setores que até agora vêm colaborando com suas habilidades / potencialidades e reconhecendo suas fragilidades.

Cabe sinalizar que a “Rede Municipal de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente de Niterói” vem se auto-avaliando sistematicamente, objetivando a melhoria de seus processos e o fortalecimento dos vínculos intersetoriais, assim como vem buscando qualificar e otimizar as suas reuniões, criando espaços específicos para a discussão dos casos apresentados e para o delineamento das estratégias de participação e produção de suas ações políticas, sociais e culturais, estabelecendo uma perspectiva positiva de maior resolutividade para as necessidades identificadas.

### ***2.2.1 A Rede e a Violência contra a Criança e o Adolescente no Município.***

Pesquisas efetuadas junto a órgãos integrantes da Rede confirmam a violência contra criança e adolescente no município.

Ao examinar o total de atendimentos realizados pelo I Conselho Tutelar de Niterói, no período de 1993 a 2003, Barros (2005) constatou que dos 14.445 prontuários pesquisados, 2.446 desdobraram-se em algum tipo de violência intrafamiliar contra a criança ou ao adolescente, conforme tabela adaptada abaixo:

**PARTICIPAÇÃO DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR NOS TOTAIS ANUAIS DE PRONTUÁRIOS**

| <b>ANO</b>                                 | <b>1993</b> | <b>1994</b> | <b>1995</b> | <b>1996</b> | <b>1997</b> | <b>1998</b> | <b>1999</b> | <b>2000</b> | <b>2001</b> | <b>2002</b> | <b>2003</b> | <b>TOTAL</b> |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| TOTAL DE PRONTUÁRIOS                       | 109         | 646         | 736         | 924         | 978         | 941         | 1084        | 2700        | 2280        | 1997        | 2050        | 14.445       |
| DESDOBRAMENTO PRONTUÁRIOS V. INTRAFAMILIAR | 54          | 166         | 140         | 115         | 152         | 147         | 185         | 480         | 423         | 337         | 247         | 2.446        |
| % SOBRE O TOTAL DE PRONTUÁRIOS             | 49,55       | 25,70       | 19,03       | 12,45       | 15,54       | 15,62       | 17,07       | 17,78       | 18,55       | 16,88       | 12,05       | 16,93        |

Fonte: Barros, 2005.

Estes atendimentos foram demandados de várias origens, entre as quais: pessoas vinculadas à criança e ao adolescente; denúncias anônimas; encaminhamentos institucionais diversos e aqueles considerados indefinidos. Entre aqueles encaminhamentos institucionais, de um total de 761 prontuários pesquisados, o estudo de Barros aponta os da Justiça e os da Saúde como preponderantes nos encaminhamentos.

Essa autora, ao destacar os atores da Saúde que executaram os encaminhamentos, alguns deles integrantes do Conselho Gestor da Rede de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente do Município de Niterói ainda em 2005, ressalta a importância que os Hospitais tiveram neste processo.

“Na área de saúde, os hospitais são os que mais fazem encaminhamentos para o Conselho. Dentre eles, os hospitais públicos se destacam. Só foi encontrado, em todo o período estudado, um (0,89%) encaminhamento de hospital da rede privada. Dos 112 encaminhamentos feitos por hospitais da rede pública, 41 casos (36,61%) vieram do Hospital Universitário Antonio Pedro; o Hospital Municipal Getúlio Vargas Filho encaminhou 29 (25,89%); o Hospital Estadual Azevedo Lima, 22 (19,64%); o Centro Previdenciário de Niterói, 3 (2,68%); o Hospital Psiquiátrico de Jurujuba, 1 (0,89%) e o Hospital Fernandes Figueira, 1 (0,89%); 14 prontuários (12,50%) mencionavam o fato de a criança ter sido encaminhada por outros hospitais públicos, sem especificá-los”. (BARROS, 2005, p. 178).

A tabela abaixo ilustra tal importância:

**TOTAL E PERCENTUAIS DE ENCAMINHAMENTOS INSTITUCIONAIS**  
(UNIVERSO PESQUISADO = 761 PRONTUÁRIOS DE DEMANDAS DE OUTRAS INSTITUIÇÕES - VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR)

| ENCAMINHAMENTOS INSTITUCIONAIS | TOTAL DE ENCAMINHAMENTOS | %     |
|--------------------------------|--------------------------|-------|
| CEOM                           | 7                        | 0,10  |
| CONSELHO TUTELAR               | 16                       | 2,10  |
| DEFENSORIA PUBLICA             | 13                       | 1,71  |
| DISTRITOS POLÍCIAIS            | 60                       | 7,88  |
| DISQUE-DENÚNCIA                | 26                       | 3,42  |
| FIA                            | 6                        | 0,79  |
| HOSPITAIS                      | 112                      | 14,78 |

## Continuação

|  |     |       |
|--|-----|-------|
| IML  | 1   | 0,13  |
| JUIZO DA INFÂNCIA E JUVENTUDE              | 25  | 3,29  |
| *JUIZADO DE MENORES                        | 212 | 27,86 |
| ONGS/ INSTITUIÇÕES FILANTRÓPICAS/IGREJAS   | 92  | 12,09 |
| OPERADORES DE SEGURANÇA                    | 15  | 1,97  |
| MINISTÉRIO PÚBLICO                         | 1   | 0,13  |
| SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL | 75  | 9,86  |
| SERVIÇOS DE SAÚDE                          | 24  | 3,15  |
| SERVIÇOS EDUCACIONAIS                      | 76  | 9,99  |

FONTE: Barros, 2005.

Em 2004, segundo os dados das notificações compulsórias de maus-tratos, realizadas pelo Setor Saúde à Coordenação de Vigilância em Saúde – COVIG, ligada à Fundação Municipal de Saúde de Niterói, 8 unidades de saúde localizadas neste município fizeram notificações, conforme tabela abaixo:

FREQÜÊNCIA POR UNIDADE NOTIFICADORA  
ANO DE NOTIFICAÇÃO: 2004

| UNIDADE                                     | Freqüência | Percentual |
|---|------------|------------|
| HGVF – Hospital Getúlio Vargas Filho        | 41         | 56,9%      |
| HUAP – Hospital Universitário Antônio Pedro | 19         | 26,4%      |
| PMF - Cascarejo                             | 7          | 9,7%       |
| PMF – Preventório II                        | 1          | 1,4%       |
| PMF Cafubá                                  | 1          | 1,4%       |
| PMF Jonathas Botelho                        | 1          | 1,4%       |
| PMF Charitas                                | 1          | 1,4%       |
| Unidade Básica de Santa Bárbara             | 1          | 1,4%       |
| TOTAL                                       | 72         | 100%       |

FONTE: COVIG/VICAPAV/FMS – NITERÓI

Aqui também podem-se identificar os Hospitais, entre outros dispositivos de Saúde, como os maiores notificadores, no entanto, a literatura aponta ainda uma

deficiência deste processo nos hospitais, que como destaca Day *et al.* (2003, p. 19), precisam em muito melhorar seus processos de identificação / notificação dos dados de violência contra a criança e o adolescente.

Segundo a COVIG (Coordenação de Vigilância em Saúde de Niterói), no ano de 2004 foram realizadas 72 notificações compulsórias de maus-tratos. Deste total, 55,6% eram do sexo feminino e 44,4% do sexo masculino. Quanto à idade, 69,4% se encontravam na faixa de 1 a 6 anos, 19,4% na faixa de 7 a 12 anos e 11,2% na de 13 a 18 anos. Foram 43 casos notificados como abandono ou negligência, 11 casos de agressão física, 16 casos de abuso sexual e 4 casos de abuso psicológico. Quanto ao agressor, os dados confirmam as referências da literatura, que apontam os pais como os maiores perpetradores deste tipo de violência. Foram 32 casos onde o agressor foi a mãe e 20 casos o pai, representando mais de 50% dos casos notificados neste ano em relação a outros agressores.

Cabe ressaltar que o alto número de abuso sexual apontado nos dados acima, em relação aos demais, perdendo para as negligências e o abandono, ilustra a particular magnitude deste tipo de violência. Segundo a Abrapia (Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência), citada por Nascimento e Rocha (2005), de cada 100 denúncias de maus-tratos contra crianças e adolescentes, 9 são de abuso sexual. “A vítima é do sexo feminino em 80% dos casos, sendo que 49% têm entre 2 e 5 anos e 33% entre 6 e 10 anos”. A cada hora, referem os autores, 7 crianças ou adolescentes são abusados sexualmente. Representando um total aproximado de 165 casos por dia. (NASCIMENTO & ROCHA, 2005, p.67).

O trabalho de Costa (2003), sobre a incidência e prevalência da violência doméstica contra crianças e adolescentes de Niterói, analisou o número de casos notificados pelo Setor Saúde à COVIG, no período de 2000 a 2002, e identificou que foram recebidas neste período 189 notificações de violência doméstica contra a criança e o adolescente. A faixa etária com o maior número de notificações foi a de 0 a 6 anos (131 casos), a de 7 a 12 anos vem em seguida com 32 casos e a de 13 a 18 anos com 26 casos. Desses, 58,7% envolveram negligência/abandono, 30,6% violência física, 13,7% violência sexual e 3,7% violência psicológica.

As notificações, portanto, são grandes aliadas na visualização da magnitude do problema da violência contra a criança e o adolescente. No entanto, é preciso considerar outras ações como estratégias de sua identificação e de seu enfrentamento.

### ***2.2.2 O Plano Municipal de Enfrentamento à Violência Contra Crianças e Adolescentes de Niterói.***

Enquanto uma proposta preliminar, o referido Plano nasce da iniciativa da Rede Municipal de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente de Niterói em fomentar não só o movimento de intersetorialidade e interinstitucionalidade do município, como também políticas públicas capazes de colaborar com as estratégias de atenção à problemática da violência.

Tal Plano foi elaborado sob os parâmetros do Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra a Criança e ao Adolescente e tem como referência fundamental o Estatuto da Criança e do Adolescente, sendo apresentado em maio de 2003, quando da realização do IV Seminário “Vítimas do Silêncio”, marcando o Dia Nacional de Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes (Dia 18 de maio).

A expectativa do Núcleo Gestor da Rede era a de que até outubro de 2003 o Plano fosse objeto de revisão e de resolução do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente de Niterói (CMDCA), entendido como órgão deliberador e controlador das Políticas de Atendimento à Criança e ao Adolescente, porém, até o sexto Seminário Vítimas do Silêncio (maio de 2005), não ocorreram integralmente os desdobramentos necessários a esta realização.

Com relação a essa deficiência no processo de implantação do Plano, a Rede e seus representantes traçaram, como uma das metas de trabalho para 2005, a retomada da discussão sobre o Plano Municipal, com o intuito de estimular a concretização do mesmo, seja cobrando as ações pertinentes à sua execução, seja propondo novas estratégias para a sua implementação.

Para melhor operacionalizar as discussões, tendo em vista a diversidade de questões que se apresentam, foi aprovada a proposta de se aumentar o número de reuniões para dois encontros mensais, de 15 em 15 dias (1ª e 3ª sextas-feiras do mês),

onde em uma reunião seriam discutidos o fluxo de atendimento e os casos e na outra os esforços seriam voltados para o Plano Municipal.

Importante ressaltar que, apesar de a proposta de retomada das discussões a respeito do Plano, entre outros temas, ser evidente, esta não tem sido de fato configurada de maneira tão representativa, haja vista a inconstante e até mesmo inexistente presença de alguns dos membros integrantes da Rede nas discussões então constituídas.

Esta situação vem fazendo com que os elementos mais assíduos coloquem em discussão os outros integrantes ou instituições vinculados ao Núcleo Gestor da Rede que não apresentem ações e/ou participações, o que denuncia certa fragilidade para a condução contínua das proposições ali definidas, causando certas inquietações e cobranças, de um lado, e acarretando, em alguns, ruídos na comunicação para a busca de soluções relativas às questões de violência contra a criança e o adolescente de Niterói.

Um exemplo é o que se coloca entre o I Conselho Tutelar de Niterói e o Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) do mesmo município, onde aquele aponta a ausência de representatividade do CMDCA nas reuniões e a não execução/deliberação dos indicativos da Rede, como na questão do Plano Municipal, ressaltado em parágrafo anterior.

Nas reuniões do mês de março de 2005, em virtude desta atual fragilidade na configuração do Núcleo Gestor da Rede, foi deliberada a convocação, por escrito, não só daqueles membros até então integrantes do Núcleo, mas de alguns outros elencados nessas mesmas reuniões, uma vez terem sido consideradas relevantes suas participações na constituição de um novo Núcleo Gestor. Ficou também deliberada a confecção de um Protocolo de Intenções a ser assinado por cada integrante do Núcleo, formalizando em documento sua intenção de participação no dia 18 de maio de 2005, quando da realização do VI Seminário Vítimas do Silêncio.

A assinatura do Protocolo de Intenções acabou não se efetivando durante o VI Seminário, devido às divergências travadas nas reuniões da Rede quanto à sua redação, postergando-se novamente esta pretensão. Com o objetivo de se oferecer mais tempo para a formatação final do texto do Protocolo e reforçar as convocações pertinentes para o evento, foi definida uma nova estratégia: a assinatura preliminar de

uma Carta de Intenções, a ocorrer no dia 13 de julho de 2005, quando da comemoração do aniversário do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em solenidade prevista na Câmara Municipal de Niterói para a assinatura.

Cabe destacar que esses impasses relacionados ao conteúdo do Protocolo e a deficiente convocação desses atores somam-se aos limites operacionais da Rede quanto à condução de suas ações, realizadas através de uma frágil estrutura logística, dependente das iniciativas pessoais de seus integrantes, principalmente dos representantes do I Conselho Tutelar, no tocante a tarefas de secretaria. Esta fragilidade vem comprometendo a qualidade das articulações e deliberações do grupo, tais como o texto final do Protocolo até o momento não concluído, sendo tal contexto denunciado constantemente por vários de seus integrantes.

O VI Seminário, que se realizou na Universidade Federal Fluminense, propôs não só refletir sobre o tema da violência, mas discutir e captar idéias relacionadas aos eixos apontados no Plano Municipal, em seus grupos de trabalho, grupos estes idealizados em reuniões da Rede. Esta estratégia visa oxigenar as reuniões sobre o Plano Municipal com as proposições constituídas no Seminário. Essas reuniões recomeçaram após o dia 13 de julho e contam, ainda que precariamente, com a adesão de mais parceiros definidos na assinatura da Carta de Intenções.

Segundo o documento preliminar do Plano Municipal, seus objetivos são:

➤ Geral:

“Estabelecer um conjunto de ações articuladas que permita a intervenção técnica, política e financeira para o enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes do município”.

➤ Específicos:

1. “Realizar investigação científica, visando compreender, analisar, subsidiar e monitorar o planejamento e a execução das ações de enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes”.
2. “Garantir o atendimento especializado às crianças e aos adolescentes vitimados de violência”.

3. “Promover ações de prevenção, articulação e mobilização, visando ao fim da violência”.
4. “Fortalecer o sistema de defesa e de responsabilização”.
5. “Fortalecer o Protagonismo Juvenil”.

A operacionalização do Plano Municipal prevê ações articuladas e estrutura-se em torno de seis eixos estratégicos, definindo posteriormente os objetivos e metas a serem alcançados, as ações a serem executadas, os prazos, os responsáveis e as parcerias.

Descrevemos na íntegra os eixos apontados segundo o documento relativo a essa proposta:

- “Análise da situação – conhecer o fenômeno da violência contra crianças e adolescentes no município, o diagnóstico da situação do enfrentamento da problemática, as condições e garantias de financiamento do Plano, o monitoramento e a avaliação do Plano e a divulgação de todos os dados e informações à sociedade civil”.
- “Mobilização e Articulação - fortalecer as articulações locais, regionais e nacionais de enfrentamento da violência; comprometer a sociedade civil no enfrentamento dessa problemática; instrumentalizar os diferentes atores sociais para o enfrentamento sistemático da violência; avaliar os impactos e resultados das ações de mobilização”.
- “Defesa e Responsabilização – atualizar a legislação, combater a impunidade, disponibilizar serviços de notificação e capacitar os profissionais da área jurídico-policia; implantar e implementar os Conselhos Tutelares, Centro de Defesa, o SIPIA e reivindicar a implantação de Delegacia e Vara, especializadas em crimes contra crianças e adolescentes”.
- “Atendimento – efetuar e garantir o atendimento especializado, em rede, às crianças e adolescentes vítimas de violência e às suas famílias, por profissionais especializados e capacitados; garantir o acesso universal às políticas básicas e de assistência social”.

- “Prevenção – assegurar ações preventivas contra a violência, possibilitando que crianças e adolescentes sejam educados para o fortalecimento de sua auto defesa; implantar e implementar os Comitês de Defesa; capacitar profissionais que atuam com crianças e adolescentes”.
- “Protagonismo Infante – Juvenil – promover a participação ativa de crianças e adolescentes pela defesa de seus direitos e comprometê-los com o monitoramento da execução do Plano Municipal”.

As reuniões da Rede acumulam avanços e retrocessos, sendo importante salientar a presença de incessante reflexão interna, concernente aos desafios que ainda permanecem no contexto do enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes do município de Niterói. Desse modo, este Plano vem ocupar um lugar estratégico na implementação de ações em direção à constituição de uma Política Pública voltada ao enfrentamento desta problemática e por isso mesmo tem-se localizado como uma das pautas prioritárias nas reuniões ordinárias da Rede e do Núcleo Gestor. Visa, portanto, ao fomento de políticas sociais que tenham como meta o rompimento do ciclo de violência que se evidencia em torno da infância e da adolescência.

## **CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.**

Neste tópico apresentamos os principais resultados obtidos na pesquisa de campo, segundo os temas (gerais e específicos) citados anteriormente.

### ***3.1 A REDE E SUAS INTER-RELAÇÕES.***

O primeiro tema geral discutido diz respeito à definição de rede e à inserção dos profissionais envolvidos, seus graus de envolvimento e seus papéis. Sua importância deve-se à necessidade de investigarmos afinidades e discordâncias a respeito do conceito de rede no qual o grupo se debruça para trabalhar, bem como o nível de envolvimento e participação dos integrantes desta Rede nas atividades propostas. (Anexo I – nº 1, 2, 3, 4)

Quanto ao conceito de rede, os consensos identificados apontam para uma rede que articula e se integra em direção comum, como se pode perceber no depoimento de alguns entrevistados citados abaixo:

*“(...) é um conjunto articulado de ações governamentais ou não governamentais, com um foco, um foco de atuação”. (Representante do Fórum DCA)*

*“Rede, para mim, configura integração de vários setores e profissionais, responsáveis no atendimento a uma determinada população, que estão articulados nas suas ações e se articulando a todo tempo, e essas ações têm que estar atendendo a necessidades e objetivos que sejam comuns. (Representante do Projeto Sentinela/SMAS)*

*“É uma articulação de diferentes órgãos, referentes à proteção integral da criança e o adolescente, dos órgãos que trabalham na garantia de direitos, procurando através desta articulação facilitar os serviços de atendimento das crianças e adolescentes, e evitar possíveis repetições de ações(...)” (Representante do CMDCA)*

Esta maneira integrada de pensar a intervenção reflete um amadurecimento do grupo, pois, esse espaço, que agrêmia indivíduos interessados pelo tema da infância e adolescência, constituiu-se inicialmente pela informalidade dos contatos. Os casos, que demandavam atenção específica de determinados órgãos eram discutidos, analisados e encaminhados para outros órgãos, denunciando uma frágil articulação anteriormente configurada, como relata uma das representantes do Hospital Universitário Antônio Pedro:

*“Essa Rede se constituía pela informalidade. A gente tinha os nossos contatos pessoais quando queria encaminhar os casos que a gente estava trabalhando. Então nós tínhamos contato com os Juizados, com Conselhos e a partir daí a gente observou que tinha ações articuladas em determinadas instituições, só que não havia a integração dessas ações”.* (Representante HUAP)

Segundo estas, já existiam, portanto, ações voltadas para a criança e o adolescente no município. No entanto, seus atores pouco ou nada conheciam sobre seus interlocutores, o que faziam, como faziam, o que pensavam.

*“A gente, portanto, já tinha um trabalho voltado para isso, já tinha uma atenção, já tinha um projeto de atuação, só que muitas dessas instituições que trabalhavam com crianças desconheciam o trabalho de cada um”.* (Representante HUAP)

Na fala da Assistente Social, representante do Hospital Getúlio Vargas Filho, também se pode perceber que a articulação informal, com base nos contatos pessoais, estabelecida pelos diferentes atores que atuam na esfera das ações voltadas para as crianças e os adolescentes no município, foi precursora da Rede formalmente institucionalizada, tal como se configura hoje: *“(...) Avançou muito esta articulação(...), porque antes era uma coisa pessoal(...), ligar para o meu celular, ligar para o celular da (...)”.*(Representante HGVF)

Esse pressuposto, o da integração, nos remete à idéia de que a expectativa individual de resolução de determinadas questões torna seus resultados extremamente frágeis.

Antônio e Rodrigues (2006), ao citarem Louis Dumont, referem que esse autor desnaturaliza a questão do “indivíduo” e diz que este, não só é uma instituição social, como a sociedade proposta pela visão individualista nunca existiu.

"Uma sociedade tal como foi concebida pelo individualismo nunca existiu em parte alguma, pela razão a que referimos, a saber, de que o indivíduo vive de idéias sociais". (LOUIS DUMONT *apud* ANTÔNIO & RODRIGUES, 2006)

Ao definir Rede, a representante do PMF aproxima-se desta visão:

*“eu acho que é um espaço articulado, que as pessoas podem estar socializando suas experiências, até porque nunca existiu a possibilidade de um trabalho individual, nenhuma instituição dá conta de algum trabalho sozinha(...)” (Representante do PMF)*

Para a representante do CPSI, não basta termos representantes de determinados órgãos agremiados em um mesmo espaço. Para além de meros encontros institucionais, faz-se necessária a percepção de seus papéis.

*“Constituir uma rede, no sentido de uma rede de serviços, em torno de um mesmo temário, não é o suficiente para se ter uma rede, a meu ver. Acho que operar em rede é uma outra coisa. Você pode ter três serviços envolvidos(...)e não ser uma rede. Você pode dizer que constitui uma rede, mas, operar com uma lógica de rede, onde cada serviço tem a sua função para aquele paciente, cada um vai ter o seu papel, mas operando junto(...) e isso não é garantido simplesmente pela presença das instituições” . (Representante do CAPSI)*

Três falas chamam a atenção para o caráter político da Rede. Nelas, observa-se uma expectativa na direção de um certo controle social que a mesma pode exercer, no sentido de estar não só requisitando, mas também assessorando o poder público em suas ações de atenção à criança e ao adolescente.

A primeira é do representante do I Conselho Tutelar de Niterói, que ao ser inquirido sobre seu conceito de Rede, relata que esta se constitui em um dispositivo potencialmente capaz de mobilizar aqueles que *“têm um poder legalmente constituído”* (cita a Prefeitura) a transformarem em ação as políticas de atendimento

à criança e ao adolescente. “*A rede é uma forma de fazer operar esta prática*”, afirma este entrevistado.

A segunda reforça esta opinião, quando diz que a Rede

*“(...) tem um papel de documentar, discutir e provocar os órgãos competentes para fazerem as políticas, para fazerem as ações que têm que ser.”*(Representante do NAECA)

A terceira, feita pela Diretora do Hospital Municipal Getúlio Vargas Filho, expõe sobre articulações complexas:

*“(...) pode funcionar no nível micro, envolvendo pessoas, ou no nível macro, envolvendo instituições, Estado ou até mesmo a Federação”.* (Representante do HGVF)

Um outro aspecto importante, sinalizado pela representante do PMF, relaciona-se a um dos pressupostos ideológicos da Rede – seus princípios, mais especificamente aquele que diz respeito a uma abdicação de créditos individuais em favor da coletividade.

Para ela a Rede é um espaço da coletividade:

*“A Rede é um espaço bem legal, porque a gente tem que ter humildade. Humildade de reconhecer nossos limites, onde se tem que estar procurando se fortalecer com o outro, (...)é um espaço de articulação, é um espaço de apropriação, é um espaço de socialização”* (Representante do PMF)

Não é tarefa fácil esse desprendimento dos méritos a favor do grupo, pois como refere Louis Dumont *apud* Antônio e Rodrigues (2006):

*“(...) temos o hábito de tomar como estritamente nossa uma experiência que até então não tínhamos vivido, mas que na verdade já se repetiu diversas vezes entre outros membros da sociedade e fatalmente tornará a repetir-se. Algo que, na verdade, tem uma dimensão coletiva e é encarado como um acontecimento individual e único. Esse hábito (socialmente criado) obscurece a noção de que se*

pertence e se é também produto de uma coletividade, de uma rede”. (LOUIS DUMONT *apud* ANTÔNIO & RODRIGUES, 2006)

Trata-se, portanto, de um exercício contínuo, que os integrantes da Rede de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente vêm tentando realizar e a nossa participação nas reuniões da Rede confirma esse esforço. Nelas, várias questões são propostas e defendidas, muitas vezes numa perspectiva individualista, sem se dar conta de certo afastamento do princípio de abdicação de créditos, idealizado internamente pela Rede. Por algumas vezes, ora pela aparente falta de clareza de papéis, ora pelas evidentes divergências políticas (não necessariamente de afinidades partidárias), ardorosas discussões se instalaram em suas reuniões, sem, no entanto, este fato concorrer para o prejuízo da mesma, sendo garantido o caráter democrático no embate de opiniões.

No depoimento da representante do Fórum DCA, pode-se perceber este impasse que se impõe constantemente na Rede:

*“(...) trabalhar com o coletivo é muito complicado, porque sempre as pessoas têm essa (...) Acho que faz parte da nossa cultura, né? (...) um dono. Um dono de alguma coisa, autor de alguma coisa (...) e o pensar coletivo é que é o grande desafio. Acho que isso não é só dessa nossa Rede, aqui, mas é (...) da gente mesmo. Democratizar o espaço é o grande desafio. Superar essas (...) E não é uma superação assim (...) Ah! Superei? Então vamos pra outra. Não, é todo dia, toda reunião, toda atuação (...)”.* (Representante do Fórum DCA)

Como exemplo do exposto acima, podemos citar uma discussão sobre o nome a ser estampado em um cartaz de determinado evento que seria promovido pela Rede, mas com patrocínio financeiro exclusivo de um de seus órgãos integrantes, o que, por alguns bons momentos, dividiu a atenção do grupo em uma de suas reuniões.

Articular e integrar, ou mesmo mobilizar, parecem compor palavras de ordem implícitas ao funcionamento da Rede, onde as experiências pessoais e profissionais de cada integrante denunciam, muitas vezes, a sua militância pela causa da criança e do adolescente.

É o que se pode observar na trajetória do representante do I Conselho Tutelar de Niterói. Ele revelou em sua entrevista que iniciou seu interesse pela Rede em 1998, ainda como estagiário de psicologia da Universidade Federal Fluminense, na vara da Infância e Juventude deste município. Posteriormente, como Conselheiro Tutelar, representou sua instituição nos primórdios de consolidação da Rede. Assim refere sua participação: *“Minha história dentro da Rede, ela se dá enquanto Conselheiro Tutelar”*.

Segundo ele, investir na Rede era mudar o paradigma de que o Conselho Tutelar tinha que atuar como uma espécie de bombeiro, acolhendo os casos com uma situação já imposta por processos historicamente constituídos. Para ele o Conselho Tutelar não deveria atuar *“como um balcão de atendimento”*. Sua participação parece ter a ver com a crença de que algo pode e deve ser feito, não só em relação à violação de determinados direitos, mas, como acrescenta em seu depoimento:

*“Particularmente me interessa esse investimento, enquanto militante (...), enquanto alguém que acredita na promoção de uma política integrada”*  
(Representante do Conselho Tutelar)

Cabe ressaltar, que, no que tange à violência, entre outras temáticas, é o Conselho Tutelar, *“(...) órgão encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente (...)”*, definido no art. 131 do ECA. (Brasil, 1990).

Ainda sobre este tema, suas características, suas formas e conseqüências representaram especial motivo para que as pessoas percebessem que sua dimensão multifacetada necessitaria de uma atenção diversificada. Foi este, na opinião de dois dos entrevistados, forte motivo para a busca coletiva de soluções.

*“(...) Eu acho que essa temática dos maus-tratos e do abuso sexual fortaleceu esses profissionais a buscarem essa integração e uniu esse grupo, até porque, nesse período de 1998, ocorria em paralelo a isso, o movimento de discussão acerca da constituição do Plano de Enfrentamento à violência”*. (Representante do Projeto Sentinela –SMAS).

*“Existiam muito poucas coisas voltadas para a criança em situação de violência, e eu acho que a Rede surgiu nesse sentido, de unir esforços para ver de que forma criar mais serviços, mais programas que atendam a esta demanda, que vinha parar aqui e você não tinha para onde demandar”.*  
(Representante do JUIZADO)

Da mesma forma, a partir de um interesse pessoal pelo tema, a representante do Fórum DCA inscreve a sua participação, aproximadamente no final do ano de 2000. Inicialmente, diz ela, seu trabalho profissional a levou a frequentar as reuniões do Fórum, no qual atualmente faz parte da coordenação, e, neste papel, começou a frequentar as reuniões da Rede, como relata abaixo:

*“Eu já estava numa rede sem saber que estava nela. Isso é muito interessante também, eu já me articulava, enquanto distribuição, integrando criança e adolescente na Região Oceânica, me articulando com outras instituições ou órgãos públicos,(...) tratando de atendimento de criança e adolescente com esse tema: violação de direitos. Então, eu não sabia que a Rede já existia e muito menos que se encontravam e que tinham um nome. Então, somente quando eu comecei a participar das reuniões do Fórum D.C.A., e isso aconteceu em final de dois mil, é que eu fui saber que também existia um grupo de instituições e órgãos que se reunia há muito pouco tempo também. Logo que eu entrei no Fórum, comecei a frequentar o Fórum fazendo parte do núcleo gestor, e fui fazer logo parte da secretaria executiva do Fórum(...) e fiquei assim meio chateada de saber que o Fórum não era grande participante das reuniões da Rede. Eu achei isso absurdo, porque a gente está num eixo exatamente de controle social, então tentei comparecer e marcar a presença do Fórum na Rede”.* (Representante do Fórum DCA)

Uma participação proveniente da prática, do exercício profissional, de uma necessidade constituída no processo de trabalho, como se pode observar no relato abaixo:

*“(...) eu senti muita necessidade para me articular com outras instituições e transpor os muros da instituição, e trabalhar articuladamente com outros órgãos e até outras instituições, e acho que a Rede é a melhor expressão dessa ação (...)”.* (Representante do Fórum DCA)

Já outros componentes da Rede iniciaram suas colaborações a partir das indicações institucionais da qual faziam parte, provocadas ou não pelo contexto de violência, que cada vez mais exigia respostas para os problemas daí demandados.

Importante destacar, que entre aqueles representantes do setor saúde entrevistados, seus depoimentos apontam para uma participação majoritariamente provocada por indicação dos órgãos do qual fazem parte, o que, no entanto, não desvaloriza seus envolvimento e comprometimentos com esta temática.

A não ser com o CAPSI, onde a sua representação se fez por um convite da Rede, para que a Saúde Mental integrasse o grupo, assim aconteceu com as seguintes representações: Fundação Municipal de Saúde – NAECA; Hospital Getúlio Vargas Filho; Programa Médico de Família; Hospital Universitário Antônio Pedro.

*“Cheguei à Rede através de um convite do Conselho Tutelar, porque na época, o Ministério Público tinha mandado que Secretaria Municipal de Saúde montasse um serviço para atender às crianças vítimas de violência doméstica. Aí, a partir da Rede eu comecei a coordenar esse serviço(...)”.* (Representante do NAECA)

*“A instituição designou Rita e o médico Vanderley para representarem o HGVF”* (Representante do HGVF)

*“Foi feita uma solicitação ao Médico de Família para acompanhar. Então o PMF atua em várias faixas. Ele atua com crianças, ele atua com jovens, e toda a fase de vida. Acompanha a família e é acompanhado por uma equipe de médico e auxiliar. (...) E tem uma equipe de supervisão. (...) A gente faz parte desta equipe de supervisão, então, na equipe de supervisão foi designada a gente pra estar acompanhando. A gente está acompanhando desde 2003”.* (Representante do PMF)

*“(...) Em 99 houve uma convocação da Secretaria Estadual de Saúde pedindo que cada instituição de saúde que trabalhasse com criança e adolescente encaminhasse profissionais que pudessem estar representando e multiplicando essas ações (...)”. (Representante do HUAP)*

Outras participações deveram-se à aproximação da atividade do entrevistado com o cargo que ocupava no momento da pesquisa, como, por exemplo, o de Presidente do Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente, ou ainda, integrante da Equipe Técnica do Juizado da Infância e Juventude.

*“A vara da infância, ela participa da Rede desde que ela surgiu, e a gente aqui procura estar fazendo um rodízio dos técnicos que participam dos diferentes fóruns fora do Juizado”. (Representante do JUIZADO)*

Aqui também, mesmo relacionada às funções que exercem, não estão desvalorizadas as motivações pessoais de participação nesta Rede Temática.

Quanto à atual representação do CMDCA, esta teve seu início provocado pela insistente cobrança dos outros integrantes da Rede quanto à maior participação deste dispositivo social, nas atividades da mesma. Esta cobrança esteve constantemente em pauta durante muitas reuniões, na qual o CMDCA não se fez representar, conforme verificado no próprio relato de sua atual Presidente, assim como nas observações da pesquisa de campo:

*“Cheguei na Rede assim que eu assumi a Presidência do CMDCA, na metade da gestão, que era uma gestão de 2003 a 2006. Eu assumi agora em abril de 2005, (...) eleita para dar continuidade à cadeira da Educação. A minha inserção na Rede com CMDCA, ela se deu por uma solicitação da própria Rede, que dizia que o Conselho de Direitos não participava efetivamente da mesma. Desta forma, procurando estar integrando a essa articulação de ações, eu vi que era importante estar participando das reuniões da Rede, sobretudo porque o CMDCA é o órgão deliberativo de políticas públicas voltadas para as crianças e os adolescentes no município” (Representante do CMDCA)*

O representante do Conselho Tutelar acredita que existe uma certa oscilação natural de participação na Rede, que é uma questão de militância, de comprometimento com a causa, e que esta oscilação sempre será percebida em alguns integrantes. A persistência de participação denuncia, para ele, esta militância, o que muitas vezes não é possível observar em determinados integrantes, ali representando, exclusivamente, sua instituição. O importante, na sua visão, é que aquele espaço é capaz de promover fortalecimento e de não deixar que ocorra descontinuidade de ações. Questionado sobre o seu grau de envolvimento na Rede responde:

*“Pra mim é uma questão de militância política. Apostar nesses dispositivos, que de alguma forma empoderam as instituições de uma ação menos vulnerável a estas instabilidades políticas, (...) porque os gestores passam e os atores da Rede mudam (...) Então, quando a gente tem um movimento constituído, as ações perduram, independente dos atores, e é até uma forma de garantir a continuidade das ações, quando você se fortalece em outras instituições também”. (Representante do Conselho Tutelar)*

Da mesma forma vê a representante do Juizado, que referiu sempre ter participado de movimentos sociais e que resume assim o seu envolvimento com a Rede: *“Acho que é uma inserção de interesse político, de participar de um movimento político (...)”*.

Uma inserção que mescla dever e entusiasmo. Dever no sentido de contribuição cívica, na busca de soluções para a diminuição dos problemas advindos da violência a que é submetida a criança e o adolescente do município de Niterói. Entusiasmo porque, apesar das adversidades, das frustrações e dificuldades encontradas na operacionalização dos processos da Rede, não foram poucas as manifestações empolgadas em prol da causa, percebidas durante as reuniões ampliadas e deliberativas, nas quais esta pesquisa esteve inserida. Mas a Rede não é só receptora destas manifestações. Ela também é percebida como provocadora, estimuladora, contagiante, conforme se pode perceber nos seguintes depoimentos:

*(...) é uma coisa engraçada, Quando você começa a participar, você se sente meio que envolvido pela questão(...) porque eu acho que é uma questão que apaixonava(...), uma coisa que quando penso na Rede, é uma coisa que ela balança mesmo e o tempo inteiro está construindo, está avaliando, está fazendo, isso apaixonava” (Representante do NAECA)*

*“(...) Eu vejo com bastante organicidade (...). Eu vejo que é de uma maneira bastante orgânica. Ela é sistemática, ela é permanente.” (Representante do PMF)*

*“(...) Então, eu acho que (...) aumentou o meu grau de envolvimento (risos). Eu acho que essa Rede me pegou, já me amarrou (risos). (Representante do Fórum DCA).*

Quanto à percepção do papel na Rede, somente uma das entrevistadas não referenciou sua participação como fortemente relacionada às suas vinculações ou missões institucionais, ou seja, aquelas que se fazem através das suas competências institucionais. Seu depoimento destacou-se dos demais por não expressar esta aproximação.

Segundo ela, há uma espécie de perda de força do papel institucional, uma certa diluição deste quando ocorre a integração.

Seu depoimento abaixo ilustra esta consideração:

*“(...) Quando a gente está naquele espaço, eu não me sinto mais da Saúde. A gente já se sente parte desta Rede (...). As questões colocadas em rede, que não são mais específicas da Saúde, a gente socializa com o pessoal, no sentido de dar encaminhamento. Mas aí não é o pedaço da Saúde”. (Representante do PMF)*

O coletivo aqui ganharia força e expressão em relação ao individual, ou, como destaca Castells (199, p.497): “(...) o poder dos fluxos é mais importante que os fluxos do poder”.

Ramos *et al* (2001), ao citar Bernd (1992) considera que a humanidade vive em sociedades coletivas, com organizações políticas, culturais, religiosas,

econômicas, entre outras, onde cada indivíduo, como ator social interviria na sua e em outras organizações estabelecidas. Para ele as representações simbólicas (mundo subjetivo) dos indivíduos, são reflexos das realidades objetivas onde se inserem indivíduos e grupos, permeadas “por um processo cultural e historicamente determinado pelas intervenções e interfaces entre indivíduos e organizações que espelham o que é comum a todos”. (RAMOS *et al*, 2001, p. 10).

Os demais depoentes, de uma forma ou outra, expressaram as vinculações anteriormente citadas.

Apontamos, como exemplo, o Hospital Getúlio Vargas Filho, que, na opinião da representante desta instituição, tem o papel de atender vítimas de violência, com demandas variadas, portanto, uma missão institucional:

*“(...) a gente recebe as vítimas de maus-tratos, acolhe, trata seus ferimentos, suas intoxicações, suas fraturas (...)” (Representante 1 -HGVF)*

Apesar desta missão, não consegue dar conta de todos os aspectos necessários ao bom atendimento dos casos e cita o atendimento à família como uma limitação:

*“Nós não tínhamos, institucionalmente falando, condições de acompanhar aquela família, de uma maneira que a gente achava que aquela família merecia acompanhamento (...)” (Representante HGVF)*

Com essa fala, esta representante sugere que este papel não lhe é possível assumir e que outra instituição deve se colocar neste lugar, daí comenta a entrevistada a necessidade de uma forte articulação junto ao Conselho Tutelar, junto ao Fórum da Criança e do Adolescente, entre outros, para que seja dada maior resolutividade aos casos que se apresentam.

Segundo o representante do NAECA, seu papel é muito simples: é o representante da Fundação Municipal de Saúde e está ali para discutir, entre tantos outros temas, as políticas possíveis de promoção.

Para a representante do CMDCA, seu papel estaria relacionado às competências estipuladas à sua instituição, ou seja, aquele órgão “*responsável pela elaboração, controle e fiscalização das políticas públicas voltadas para as crianças e os adolescentes*”. Sua instituição, portanto, seria uma peça chave e fundamental

dentro da Rede, pois, segundo a mesma, “(...) *é justamente ele quem delibera as políticas e quem controla.*”

O depoimento da representante do Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente deixa claro que este é um órgão que tem sua participação obrigatória, à medida que é este um organismo legítimo da composição governo e sociedade civil em defesa da criança e do adolescente.

Outra observação possível, a partir da análise das entrevistas, é a de que, apesar de ser evidente que uma participação na Rede tem uma provocação institucional, não necessariamente este indicativo está sintonizado com o sentimento daquele que a representa, como é possível identificar na fala de um dos entrevistados:

*“eu não me sinto representante do judiciário(...), me sinto mais como uma técnica preocupada com a situação da criança e do adolescente, e que precisa ser pensada coletivamente, do que como representante do Judiciário(...)”.*  
*(Representante do Juizado)*

No entanto, vale citar que a participação mais contundente, mais contínua e comprometida não se reduz a uma indicação de participação. As observações extraídas das reuniões e as conversas com seus integrantes sugerem que ela está intimamente ligada à responsabilidade que este participante tem com a Rede. De algum modo, a oscilação nas frequências das reuniões ou atividades propostas pela Rede é algo vivido com certa naturalidade por alguns de seus integrantes. Como se esta flutuação fosse inerente ao seu processo de crescimento e amadurecimento e que esta característica não é um indicativo de fracasso. “(...) *a Rede vai estar sempre em construção*”, refere a representante do Projeto Sentinela vinculado à Secretaria Municipal de Assistência Social de Niterói.

Para a representante do Juizado, esta é uma variável que parece inerente ao processo:

*“Eu acho assim, que no movimento social tem sempre as pessoas que se envolvem mais que outras e que ficam com uma sobrecarga maior de trabalho.*

*É uma coisa que a gente tem discutido(...) acaba assim que na hora da operacionalização, ficam sempre os mesmos e eu não sei se isso é um obstáculo (...)*”.(Representante do Juizado)

Nas observações de campo, durante as reuniões, não foram raras as manifestações de inquietação pelo tema da participação, pela necessidade de oxigenação da rede com a vinda de novos integrantes, de novos parceiros. Mesmo assim, a Rede sobrevive a essas oscilações, que para o representante do Conselho Tutelar tem relação com o que chama de *“militância política”*.

Obviamente, os mais antigos militantes da causa acumulam uma experiência que os fazem assumir, freqüentemente, uma certa posição de liderança frente aos demais, na condução das atividades propostas pela coletividade, o que não representa imposição de idéias, até porque como exemplifica Castells:

“(...) é por isso também que, por sua capacidade superior de desempenho, as redes vão gradualmente eliminando, em cada área específica de atividade, as formas de organização hierárquicas e centralizadas” (MANUEL CASTELLS *apud* ANTÔNIO & RODRIGUES, 2006)

Esta militância tem garantido, portanto, o aspecto da continuidade, o que aqui não invalida a qualidade de participação e de contribuição, mesmo daqueles assiduamente pouco freqüentes, novatos ou não. Uns com menor tempo de envolvimento que outros, mas, nem por isso, menos importante que aqueles dentro do processo.

Whithaker *apud* Ferreira (2002), em sua concepção de redes, comenta sobre o entrar e sair dos elementos que as compõem. “Há continuidade da rede, mas alguns elementos entram e saem, dotando a própria rede de flexibilidade, bem como de possibilidades históricas de transformação”. (WHITHAKER (1993) *apud* FERREIRA, 2002, p.12)

Ao referir sobre uma oficina interna da Rede, que previu discutir, entre outros, sobre um ideal de Rede, o representante do Conselho Tutelar relata que desta vez foi possível extrair uma proposição, para ele, muito interessante:

*“(...) é como se a ação desses diversos órgãos fosse um único serviço, (...) as ações desses órgãos deveriam ser tão integradas, tão co-dependentes uma das outras(...) que a gente poderia pensar como um único serviço(...) que atende àquela criança que porventura esteja na Rede(...) onde eu pudesse saber exatamente como é que funcionam os outros serviços e interagir com os outros serviços, assim como dentro do meu órgão, no Conselho, eu interajo com os outros conselheiros, com os técnicos.” (Representante do Conselho Tutelar)*

Portanto, se por um lado a articulação em rede corresponde a uma expectativa coletiva, ou ainda, anteriormente citado, “ (...) à nova morfologia social de nossas sociedades(...)”, como refere Castells (1999, p. 497), por outro, a Rede está ancorada nas demandas das pessoas que, de uma forma ou de outra, acreditam ser ela uma melhor forma de atuação, seja devido a uma crença pessoal ou a uma provocação oriunda dos processos de trabalho. Está colocada aqui uma questão não totalmente respondida: são as pessoas que buscam constituir redes, por se identificarem com essa forma de organização social, ou é a coletividade que impõe uma forma de atuar em rede, ou são os dois?

De qualquer forma, prossegue Castells (1999, p. 505) – “(...) sob a perspectiva histórica mais ampla, a sociedade em rede representa uma transformação qualitativa da experiência humana”.

### **3.2 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES DA REDE.**

Nosso segundo tema visou explorar a percepção dos entrevistados quanto às potencialidades, conquistas e limites da Rede e descrever suas opiniões quanto aos seus benefícios para a Criança e o Adolescente do município de Niterói. (Anexo I – nº 5, 6, 7, 8).

Com relação às potencialidades da Rede, os depoimentos dos entrevistados apontam para uma contundente possibilidade de interferência política, seja na manifestação de idéias seja na interlocução com governantes, ou mesmo na proposição ou manutenção de serviços de interesse público.

Para Velho (1999, p. 33), toda vez que um projeto social representa algum grupo de interesse, este terá uma dimensão política, embora não se esgote neste nível. Segundo esse autor, esta viabilidade política dependerá de sua eficácia em mapear e dar sentido às expectativas individuais.

Este potencial da Rede pode ser captado, como exemplo, nas falas abaixo:

*“O potencial da Rede, eu acho que está nesta coisa das políticas públicas, e as instituições estarem assumindo aquilo que direito teriam que estar cumprindo, quer dizer garantias de direitos.” (Representante do Projeto Sentinela/SMAS)*

*“A Rede tem este potencial de fortalecer a implementação de serviços públicos, bem como imprimir uma dinâmica de funcionamento desses serviços de uma forma diferenciada” (Representante do Conselho Tutelar)*

Para a representante do Hospital Getúlio Vargas Filho, a Rede também teria um papel fundamental no fortalecimento das demandas oriundas dos Fóruns Populares em Niterói. As Conferências Municipais são um destes fóruns, que congregando representações da sociedade civil, têm apontado caminhos a serem perseguidos.

Um exemplo identificado no potencial provocador da Rede quanto a necessidades apontadas diz respeito a uma preocupação intrínseca da Rede, que é a situação dos abrigos para crianças e adolescentes no município. Para o representante do Conselho Tutelar, este tema, mobilizado e discutido nas reuniões da Rede, teria sido o ponto de partida para a realização de um Seminário realizado em Niterói, incorporado pelo Poder Executivo Municipal. Segundo ele, muitas vezes não há reconhecimento desta mobilização, mas:

*“(...) mesmo o poder público não dando o crédito à Rede ou ao movimento que a Rede tem como disparador de determinadas ações, se a gente for investigar mais profundamente, a gente vai ver como é importante esta inquietação que a Rede provoca”. (Representante do Conselho Tutelar)*

Enquanto avanços e conquistas efetivas identificadas, os entrevistados, apontam, entre outros: a integração de órgãos, no sentido de se evitar a revitimização

da criança violentada; a criação de serviços de atenção às vítimas de violência, anteriormente inexistentes (ex: NAECA) e a garantia de funcionamento de outros (ex: Casa de Passagem); a incorporação de outras instituições ou órgãos considerados essenciais (ex: Saúde Mental); a criação de um fluxo de atendimento, mesmo considerado precário; a criação e formação dos Comitês de Defesa; a organização na cidade de eventos de participação popular, como os Seminários Municipais; a lei de Enfrentamento à Violência e a formulação de um Plano Municipal de Enfrentamento à Violência – mesmo que sua operacionalização ainda não esteja concretizada; as capacitações realizadas, tanto para a formação de novos Comitês, quanto as realizadas com fins de melhoria dos atendimentos prestados; a maior preocupação com as notificações; a maior preocupação com a família e com o atendimento dos agressores.

Para o representante do Conselho Tutelar, as ações da Rede potencializariam os atores que estão no atendimento direto e minimizariam certos efeitos perversos da entrada institucional na vida dos usuários, qualificando a atenção. Exemplos concretos do impacto dessas investidas da Rede podem ser observados nas falas abaixo:

*“(...) e outra coisa que a Rede foi importante, é em disseminar essas informações com outros ramos, por exemplo: os casos que iam primeiro às delegacias, que não procuravam primeiro os hospitais, (...) raramente vem procurar o hospital. Agora, as delegacias, sabendo da existência da Rede, sabendo da existência do programa, já referenciam”. (Representante 1-HUAP)*

*“(...) uma coisa importante que a Rede foi fundamental: a gente, de uns dois anos para cá, começou a receber medicação para os casos de violência sexual, porque a medicação que a gente dispunha, na época, era informalmente, de outros serviços. (...) A gente tinha que pedir no departamento de doenças infecto-contagiosas. Pedíamos medicamentos para os atendimentos, de outros setores, do ambulatório, enfermaria, (...) para a gente estar fornecendo isso. Depois da articulação da Rede, a gente foi na Secretaria de Saúde e a Rede foi*

*importante para isso, deu força para que se conseguisse isso.” (Representante 1- HUAP)*

Quanto ao fluxo da Rede, a representante do Fórum DCA sinaliza que já há uma percepção concreta deste, *“o profissional já não titubeia tanto(...) já consegue identificar quais são os órgãos por onde devem passar(...)”* a criança, o adolescente e as famílias. Além disso, considera que o olhar dos profissionais, principalmente os da área da Saúde, mudou bastante em relação ao tema da violência, e conclui: *“(...) já não é mais aquela banalização (...)”*.

A relevância da atual existência de serviços especializados na temática das violências, principalmente a violência doméstica, dá continente, na opinião da representante do Juizado, aos encaminhamentos demandados pela Justiça e que anteriormente eram deficitários. Diz ela: *“a gente, de certa forma, não tinha pra onde encaminhar, não tinha órgãos que se preocupavam muito com isso (...)”*. Para esta entrevistada, os serviços de Saúde até então não davam conta da infância e da juventude, com relação a esta temática. Diferente do que acontece atualmente com a existência do NAECA e do Projeto Sentinela, por exemplo, que, em sua opinião, vem favorecendo o intercâmbio e uma melhor discussão sobre a questão da violência: *“(...) a criança tem hoje um local para ser atendido (...)”*, finaliza a depoente.

Para o representante do NAECA, a Rede é um avanço concreto de interação. Constitui-se uma possibilidade de estar o Ministério Público, a Saúde, o Conselho Tutelar, por exemplo, discutindo um determinado caso e relata: *“(...) se não tivesse a Rede, talvez isso não iria acontecer, (...) essa interlocução com vários atores, isso é muito importante!”*

Ainda sobre o aspecto político, uma das entrevistas relata a sua preocupação com o contexto das discussões travadas:

*“(...) esta Rede cresceu muito. Cresceu tanto, que às vezes ela se perde um pouco, ela não sabe o que fazer com tudo isso, (...) não percebe quando ela discute política de atendimento (...) quer dizer, o papel de cada órgão, de cada setor, (...) ela se perde nessa discussão do que é política de atendimento e no que é discussão do que é exercido por cada programa de atendimento. Tem ora*

*que ela fica muito política (...) e isso é muito complicado, porque acaba, às vezes, se fechando (...)* (Representante do Projeto Sentinela/SMAS)

Velho (1999) considera que os projetos mais eficazes seriam aqueles que conseguissem apresentar “um mínimo de plasticidade simbólica, uma certa capacidade e de se apoiar em domínios diferentes, um razoável potencial de metamorfose”. (Velho, 1999, p.33)

A preocupação dessa representante, portanto, diz respeito à possibilidade de retrocessos nas articulações configuradas historicamente. A Rede deve ser maior que as posições políticas particulares, ela deve estar livre de amarras ideológicas que venham estancar o seu fluxo de idéias.

Numa visão otimista, o depoimento do representante do Conselho Tutelar teoriza sobre a força desta Rede:

*“A Rede tem esta potencialidade de poder resistir a um movimento de fragmentação, de isolamento dessas ações, de compartimentalização, de setorialização.”* (Representante do Conselho Tutelar)

Esta fala vem em defesa daquilo que este entrevistado considera como uma espécie de apropriação indevida de determinadas proposições da Rede, como o exemplo da questão dos abrigos acima citados:

*“Aposto que boa parte das políticas que, da forma que eles estão projetando essa política aí de abrigos, se fundamenta nas discussões travadas dentro da Rede, e isso, em nenhum momento, vai ser reconhecido.”* (Representante do Conselho Tutelar)

E prossegue:

*“Essa perspectiva de ações sem padrinho é muito difícil de ser incorporada pelo movimento político (...)”* (Representante do Conselho Tutelar)

Uma inquietação parecida pode ser destacada da fala da representante do Juizado da Infância, que ressalta a existência de eventuais interesses políticos na aproximação da Rede:

*“(...) quando a Rede interessa, esses organismos políticos procuram a Rede para o seu aval. Isso me preocupa (...)”. (Representante do Juizado)*

No depoimento do representante do Conselho Tutelar, é possível identificar forte preocupação com as interferências políticas externas que se refletem internamente na Rede, na posição adotada de um ou outro segmento ali representado. Para ele, muitas vezes existe uma dissonância entre as expectativas da Rede e aquela constituída por alguns segmentos que ali representam o governo municipal, e, devido a isso, defendem posições alinhadas ao que chamou de “*projeto político*” daquele “*(...) que tem o poder de decisão*”, e prossegue em seu relato:

*“(...) no momento em que se estabelece um contraditório, isto é um limite para estes órgãos assumirem participação na Rede, enquanto prática política e técnica, enquanto prática de gestão...” (Representante do Conselho Tutelar)*

Para ele, a Rede tem sido um espaço onde convivem subgrupos bem definidos e que, muitas vezes, respondem a um determinado alinhamento político, o qual designou de “feudos”.

*“(...) esta dificuldade, esta limitação aí, ela é cultural, ela é histórica, (...) a fragmentação da política é a tônica. A centralização, a forma como a política se organiza, os setores se organizam, é distanciada mesmo, é feudalizad; cada um tem um feudo ali, que é dominado por um grupo político e quando estes grupos não têm conversa, articulação, isto vai influenciar diretamente na prática. É um domínio de poder e a Rede, quando entra neste campo de forças, no momento que ela contradiz determinados interesses políticos, então ela tem estresse”. (Representante do Conselho Tutelar)*

De uma forma ou de outra, de acordo com nossa observação em campo, estas questões sinalizadas acima não se configuraram entraves permanentes, pelo contrário, pontuais, tornando-se desafios freqüentemente vencidos nos debates internos.

Os projetos, refere Velho (1999), em se constituindo uma dimensão da cultura, sempre são uma expressão simbólica. Isto significa que estes projetos, “*conscientes e potencialmente públicos*, estão diretamente ligados à organização social e aos processos de mudança social”. Nem tudo é político, acrescenta este autor, porém se capazes de aglutinar grupos de interesses, “há que procurar entender a sua riqueza simbólica e seu potencial de transformação” (VELHO, 1999, p.34).

O próprio representante do Conselho Tutelar considera estes conflitos característicos deste processo:

*“(...) Acho que não tem como ser diferente mesmo. A Rede, enquanto dispositivo, é este campo de forças onde determinadas forças prevalecem em determinados momentos.” (Representante do Conselho Tutelar)*

Para Antônio e Rodrigues (2006), esta faceta revela-se inerente aos paradoxos dos relacionamentos em rede. Diz ele:

Tratar de redes sociais e da sua legitimação é também tratar de escolhas. E, mesmo sob um aspecto valorativo ou de princípios, mais uma vez as expectativas estão presentes no trânsito entre as intencionalidades dos atores e as instituições políticas e sociais. (ANTÔNIO & RODRIGUES, 2006).

A Rede, portanto, não é somente integração, é também zona de conflito. Lá estão pautadas posições divergentes sobre diversos temas, inclusive o da própria integração, em que, para alguns dos entrevistados, muito há que avançar, tornando-se, portanto, em fragilidades a serem resolvidas.

Para Souza (2004, p. 58), “as sociedades são o reino das diferenças e onde reinam as diferenças são gerados interesses divergentes, tensões e conflitos que exigem soluções”. Ao examinar o desenvolvimento histórico das sociedades, refere o autor, é possível constatar que “as transformações decorrem, inevitavelmente de conflitos”.

A representante do CMDCA, por exemplo, considera ainda muito incipiente esta integração. Na sua opinião, a falta de delimitação de papéis agrava o problema de integração.

*“Uma rede ideal, primeiramente, seria aquela que conseguisse estar integrada; integrada de fato. Isso é básico, mas é difícil porque nem todas as pessoas, todos os órgãos, têm clareza da importância de atuar de forma integrada e depois articulada. (...) isso, para se chegar de fato a uma política intersetorial.” (Representante do CMDCA)*

*“uma fragilidade(...)no grupo é a clareza dos papéis, qual a função de cada órgão que está ali presente. (...)então o fato da Rede não ter um comando, e isto é a proposta da Rede, mas existem sim as competências de cada um, isso é inegável(...)” (Representante do CMDCA)*

Com a mesma linha de raciocínio, a representante do HUAP apóia esta opinião. Diz ela:

*“O que eu identifico até mais, é relacionado às competências. Eu acho que uma coisa que deveria ser muito trabalhada em rede: o que compete a quem dentro dessa rede(...)” (Representante do HUAP)*

Estes questionamentos demarcam posição quanto à preservação da autonomia das partes constituídas no grupo, isto é, a singularidade das representações que se fazem presentes na Rede. Esta singularidade vem sendo constantemente requerida, conforme observação de campo, pela representante do CMDCA, entendendo que esta autonomia não tem sido preservada. Tal posição não é compartilhada com a maioria dos integrantes da Rede.

Importante ressaltar que esta deficiente articulação é também percebida pela representante do Projeto Sentinela, que a considera *“uma questão problema”*. Esta situação, entretanto, não pode ser vista, em sua opinião, como algo exclusivamente negativo, mas que oferece oportunidade de crescimento, e que *“é importante que as pessoas vejam isso (...)”*. Para ela, perceber este impasse como coletivo representa perceber que a busca de soluções tem não só um percurso, mas também uma responsabilidade coletiva. Não estar atento a isso concorreria a riscos para a Rede.

*“(...) atrapalha muito, mas faz parte do processo de construção, mas é importante que ela seja percebida, para que as relações não se rompam, para que a Rede não se perca e para que não agrave os problemas que já temos, que são as interrupções, as fragmentações das ações. Às vezes, as coisas não vão adiante e aí a culpa pode ser posta nos parceiros e, se for puxado para o lado pessoal, acaba comprometendo os serviços.”(Representante do Projeto Sentinela/SMAS)*

Outra fragilidade apontada diz respeito à participação de gestores nas reuniões, os quais, na opinião das representantes do Hospital Universitário Antônio Pedro e do Juizado, poderiam fortalecer as propostas, tendo em vista representarem um certo “*poder de decisão*”, poder este muitas vezes necessário para a efetiva concretização das propostas.

*“(...) eu sou um representante do judiciário responsável por pensar a demanda que perpassa aqui, mas eu não posso responder pelo judiciário, eu não tenho o poder de decisão e eu percebo isso nos outros órgãos, então, pessoas que estão ligadas aos órgãos de saúde, da educação, mas que também não têm o poder de decisão. (...) Acaba fragilizando porque, às vezes, a gente precisa de ter peso político (...)”.(Representante do Juizado)*

A comunicação entre os órgãos, a morosidade dos processos judiciais e o acompanhamento e a discussão dos casos pelos integrantes da Rede são outros exemplos apontados como de necessidades de melhora em seus processos, como aponta o representante do NAECA. Esta consideração traz indícios de fragilidades no fluxo constituído pela Rede, principalmente se estivermos refletindo sobre a questão da revitimização. Ora, se a comunicação é deficiente e o acompanhamento dos casos também, abre-se espaço para que uma determinada criança, ou adolescente, seja penalizada nesta trajetória de acompanhamento.

Ao se referir sobre esta questão, este mesmo representante exemplifica com duas ocorrências: a primeira relacionada a uma solicitação de confirmação de um caso de abuso sexual, realizada pelo Ministério Público, quando este caso, segundo o

seu depoimento, já teria seu diagnóstico fechado anteriormente. *“Por que a necessidade de novo relatório sobre um caso antigo já com seu diagnóstico realizado?”* Questiona o entrevistado. O segundo exemplo diz respeito a um acompanhamento de uma criança, onde um conselheiro tutelar teria assumido o caso sem informações atualizadas para o seu bom atendimento.

Estas também são preocupações da representante do HUAP:

*“(...) Então, quando em um programa de caso de abuso sexual, quando essa criança ou adolescente chega ao hospital, elas já foram manipuladas, já foram mexidas, (...) na delegacia, no IML, no Conselho Tutelar e posteriormente aqui (...)”.*(Representante do HUAP)

Para ela, um fator crucial para a melhoria dos processos é a construção de um banco de dados que pudesse dar suporte aos envolvidos com determinado caso, evitando-se assim desgastes desnecessários, principalmente para a criança ou o adolescente, vítimas de maus-tratos. *“(...) Eles já chegam aqui cansados, esgotados de estarem repetindo a mesma coisa (...)”*, relata esta entrevistada, ao referir-se às crianças atendidas em seu Serviço.

Já a representante do PMF aponta dois aspectos como relevantes obstáculos ao melhor andamento da Rede. Para ela, o acúmulo de atividades profissionais e pessoais, além de uma certa falta de logística para o desdobramento de determinadas propostas, como a simples confecção de um folder, são barreiras que também precisam ser vencidas, e ressalta: *“na Rede, a gente não tem muita perna (...). Todo mundo tem muitos afazeres”*, e por isso, prossegue dizendo: *“(...) a reunião não é meio e fim”*, quer dizer, muitas vezes, propostas encaminhadas não têm os desdobramentos necessários.

### ***3.3 O IMPACTO DA REDE SOBRE SEUS INTEGRANTES E RESPECTIVAS INSTITUIÇÕES***

O terceiro tema geral visou investigar a percepção dos entrevistados quanto ao impacto da experiência de participação na Rede sobre a sua maneira de compreender a temática da violência contra a criança e o adolescente, bem como

quanto à sua instituição ou prática institucional. Para isso, exploramos as seguintes perguntas (Anexo I – nº 9, 10):

Quanto à influência da Rede, pudemos observar que a maior parte destes encara como significativa esta interferência, isto é, de alguma forma, participar da Rede, das discussões e das trocas que lá ocorrem, contribuiu com a atual maneira de pensarem sobre o assunto. Para alguns, como o representante do Conselho Tutelar, esta influência tem um caráter contínuo, cotidiano, e que não há como isso não ocorrer. O grande desafio, diz ele, (...) *é justamente ter esta concepção de que a gente está aqui e a todo momento se alterando*”.

Altera porque “(...) a transformação de nossas idéias sobre a realidade e a transformação da realidade caminham juntas”, refere Minayo (2004, p. 73)

Altera porque há uma necessidade complementar do outro, porque as ações dependem de muitos desdobramentos não alcançados por uma única pessoa ou órgão. *“É a complementaridade das ações”*, relata a representante do Fórum DCA.

*“Você não consegue trabalhar sozinho, mesmo. Nem que você tenha a melhor proposta do mundo, sabe? Não há esse todo em um único órgão, não há esse todo em uma única ação profissional. E isso é fundamental pra você agir. Não que você tenha limites assim: aqui eu acabo e aqui começa o do outro, né? O trabalho do outro. (...) nem eu vou passar pro outro essa, como se fosse um embrulho, passar a criança como se fosse um embrulho. Não é isso, mas sempre haverá um pedacinho que você tem uma limitação para atuar. A finitude do seu trabalho.”* (Representante do Fórum DCA)

Altera porque agrega olhares diferentes a um determinado ponto de vista, além de dar continente à solidão imposta pelas incertezas de determinadas intervenções. Participar da Rede, refere a representante do Juizado, *“(...) permite que você olhe de uma forma mais integral(...)”*.

Diz ela:

*“(...) acho que você tem uma percepção mais do todo, (...) é uma discussão em que você vê que as questões que te angustiam não são só suas, são de um*

*coletivo maior, então de certa forma qualifica mais a intervenção”.*  
(Representante do Juizado)

Já as representantes do CMDCA e a do PMF, consideraram suas experiências progressas suficientes para verem, nas reflexões ocorridas na Rede, algo já vivido em suas práticas. Essas representantes referiram ver na Rede algo que, apesar de sua grande importância, até então, não imprimiu novidades à sua maneira de lidar com o tema. A primeira considera que o seu tempo de participação na Rede, sendo pequeno, ainda não a oportunizou a viver mudanças em sua concepção: “(...) *minha participação na rede é muito curta. (...) na verdade, o que ela trouxe nestes encontros é uma constatação do que eu já sabia*”. A segunda valoriza sua prática institucional: “(...) *sempre trabalhamos com um fórum institucional.*”

Para o representante do NAECA, sua mudança de visão sobre a temática das violências coincide com a sua maior atenção nas reflexões sobre o assunto, não necessariamente oriunda de sua participação na Rede, que, contundentemente influenciou sua forma de pensar e agir:

*“(...) não sei se foi a participação na Rede, mas eu acho que a partir do momento que eu comecei a ficar mais ligado na questão da violência, eu comecei a refletir muito sobre a minha vida, sobre a forma de relação com o mundo que eu tenho, inclusive com meus filhos (...)”* (Representante do NAECA)

Quanto à interferência em suas práticas, as opiniões não foram tão congruentes. Para alguns, esta foi mínima ou inexistiu (PMF, Projeto Sentinela e CMDCA). Já para outros, trouxe alterações significativas.

O representante do Conselho Tutelar, por exemplo, afirma que esta participação na Rede impactou não só as suas práticas como também as da sua própria instituição:

*“(...) é uma coisa meio híbrida, e não tem como ser diferente. Pelo menos nesta gestão, neste Conselho, em particular, de que eu participo, a Rede é completamente parte do processo. Não sei como é que seria diferente, sem esse movimento. Então, a gente assume enquanto ação, enquanto proposta política,*

*fortalecer a Rede, trabalhar em rede, estar dentro da Rede, e isso significa estar modificando as nossas práticas, até para poder fazer frente ao que está colocado naquele momento.” (Representante do Conselho Tutelar)*

Segundo Certaud (1997), o termo “prático” seria “aquilo que é decisivo para a identidade de um usuário ou de um grupo, à medida que essa identidade lhe permite assumir o seu lugar na rede de relações sociais inscritas no ambiente”. (CERTAUD (1997) *apud* ACIOLI, 2001, p. 159)

Já Bourdier (1994) define prática como “produto da relação dialética entre uma situação e um *habitus*, isto é, enquanto sistema de disposições duráveis, é matriz de percepção, de apreciação e de ação, que se realiza em determinadas condições sociais”. (BOURDIER (1994) *apud* ACIOLI, 2001, p. 159).

Ao refletir sobre o sentido das práticas, proposto por Bourdier, este autor considera as práticas como “fruto de uma série de condições relacionadas ao contexto social, político, econômico e a aspectos da ordem do desejo e da convivência dos grupos envolvidos”. (ACIOLI, 2001, p. 159).

“Enquanto produto de uma relação dialética, a prática é expressão da relação entre as condições sociais de produção do *habitus* e as condições do exercício desse *habitus* (Bourdier, 1994, p. 65). Na relação também dialética entre as disposições e um acontecimento, apresenta-se como a conjuntura capaz de transformar as práticas em ação coletiva”. (ACIOLI, 2001, p. 159)

Para a representante do Fórum DCA esta interferência se dá, principalmente no que diz respeito aos seus projetos e afirma que ouvir a voz do outro é um grande desafio. Diz ela: “(...) *Isso reflete no meu trabalho com os outros companheiros, no próprio público que a gente atende, no trabalho como um todo.*”

Para a representante do HUAP, esta ocorre na própria intervenção: “ (...) *com certeza. O olhar. Você, com essa bagagem, o olhar para determinada prática muda a análise(...)*”.

O depoimento da representante do Juizado ilustra mudanças no cenário interno de sua instituição. Ao responder positivamente que a Rede interfere em seu trabalho, exemplifica:

*“(...) a gente tem reunião técnica no judiciário e sempre traz toda essa discussão que existe na rede... Eu acho que assim, fez com que a gente começasse a intervir mais fora do espaço judiciário”. (Representante do Judiciário)*

Para ela, as participações de técnicos do Juizado em outros fóruns de discussão, como, por exemplo, o Fórum de Saúde Mental de Niterói, também foram mobilizados pela participação na Rede.

*“(...) Eu acho que interfere o tempo inteiro”, relata o representante do NAECA. Para este entrevistado, é preciso que se tenha bem clara a importância de se discutir com outros atores. “(...) não é você pegar um caso e dividir ele com todos”, mas poder discutir os procedimentos adotados na Rede e trocar, prossegue em seu depoimento. A novidade que se instala é a de não se estar sozinho na condução de um caso, mas poder “(...) em qualquer dúvida, entrar em contato com o outro(...)”.*

*“Ontem mesmo eu tive um caso do conselho (...) é um caso de uma criança que fugiu de casa. É uma criança que foi atendida no Núcleo, mas que evadiu, mas a gente continua atendendo esta mãe e essa mãe me ligou falando que ele estava meio sumido (...) e o que fazer? (...) E eu liguei para a conselheira para a gente poder tratar da estratégia, (...) é uma coisa que a gente faz isso, e a gente da Rede vira e mexe faz isso: ligar para trocar(...)”. (Representante do NAECA)*

Uma interferência percebida pela representante do CAPSI como inovadora na própria lógica da criação deste serviço de caráter público. Para ela, o CAPSI foi resultado de uma articulação em rede. *“(...) parece que a gente foi para fora, para depois vir para dentro do serviço, que é uma inversão do serviço público, (...) é uma coisa que eu não consigo imaginar como seria sem isso (...)”* diz ela.

Com certeza, há diferenças e variações importantes na interpretação, vivência e entendimentos quanto à influência da Rede na vida pessoal e profissional dos

entrevistados. Contudo, não é possível desvalorizar que o contexto cultural, como sinaliza Velho (1999), se expressa em todos os níveis, domínios e dimensões da vida social. Portanto, “(...) tanto as coisas, bens materiais, como as idéias e as pessoas transmitem mensagens, significados”. E não é só isso, prossegue este autor, constituem um sistema, um conjunto de relações, não necessariamente harmoniosas, no entanto significativas. (VELHO, 1999, p.83).

### **3.4 O PAPEL DO SETOR SAÚDE NA REDE.**

Com relação ao quarto tema geral apontado nesta pesquisa, nossa expectativa foi a de explorar a percepção dos entrevistados, quanto ao papel dos integrantes do setor Saúde, assim como refletir sobre esta representatividade. (Anexo I – nº 11, 12, 13, 14 )

A saúde também é multifacetada. Não é aquele corpo único, hegemônico, opina o representante do Conselho Tutelar, ressaltando como de grande importância o papel deste setor. Segundo ele, a Saúde foi um dos primeiros atores a aderir à proposta de uma articulação intersetorial, após solicitação daqueles que compunham os primórdios da Rede. Na ocasião a ficha de notificação compulsória de maus-tratos já era uma realidade necessária, impulsionou os encontros e demandou vários aprimoramentos do processo, acarretando em reuniões de sensibilização, capacitações, treinamentos e seminários, que envolveram unidades de saúde, principalmente as emergências e o Programa Médico de Família.

De acordo com a análise das primeiras atas da Rede, é possível identificar, logo na segunda reunião (datada de 05/11/1998), que o Setor Saúde configura-se um daqueles elencados a reforçar as representações necessárias ao bom andamento da proposta de uma atenção intersetorial.

Importante e fundamental são as palavras que sintetizam a percepção dos entrevistados quanto ao papel da Saúde. Suas ações estão, na opinião deles, circunscritas não só às tarefas inerentes às funções de determinado profissional ou órgão, mas também àqueles que potencialmente são “(...) *formuladores de idéias*”, como refere a representante do HGVF.

A mesma linha de raciocínio pode ser identificada na fala da representante do PMF: “(...) a contribuição principal nisso é ser mais um para se fortalecer e fortalecer o outro”.

“(...) Faz parte das políticas básicas de atendimento à criança e adolescente, refere a representante do CMDCA. Os serviços especializados e o atendimento, propriamente ditos, são identificados como estratégicos e vinculados ao papel da Saúde, que, como a representante do CAPSI formula, é bem definido : “(...) é claro, tem o mandato clínico (...), e o nosso é tratamento”. Mas não é só isso, prossegue esta entrevistada. Esse papel só é disparado a partir do caso. É o caso que norteará quem, o quê e como fazer, e a saúde é um integrante que pode contribuir.

*“Não está predeterminado qual vai ser o problema Acho que o papel só pode acontecer quando tiver o caso, (...) é muito difícil a cada vez se colocar num determinado papel, (...), mas o que eu estou querendo dizer é refinar um pouco mais isso (...) e aí vai ser a partir de cada caso. É trabalhoso à beça. Seria mais fácil desempenhar aquele papel (...)”.* (Representante do CAPSI)

É um papel que não deve se restringir aos aspectos da doença, mas que tem que compor uma visão de um atendimento integral em saúde, comenta a representante do HUAP, reforçando a idéia de que “(...) o papel da saúde não está além de nenhuma instituição”, como refere a representante do PMF. É mais um colaborador.

Estas falas nos remetem não só à concepção mais ampliada de saúde, mas também ao conceito de integralidade da atenção.

Para Cecílio (2001, p.113), a luta pela integralidade implicaria necessariamente repensar uma nova forma da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde.

Para este autor, estão colocadas em pauta duas integralidades. A primeira entendida como integralidade focalizada, à medida que deve se realizar no espaço delimitado do próprio serviço, onde, no encontro entre os profissionais e os usuários, estaria sempre pautado o compromisso e a preocupação de se buscar uma melhor intervenção, de se fazer com que uma melhor escuta possível traduzisse as “necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa (...)”. (Cecílio, 2001, p.116). Uma

integralidade, para ele, localizada no esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo, isto é, fruto do trabalho solidário desta, com seus múltiplos saberes e práticas.

A segunda resulta da reflexão de que nunca será plena, em qualquer serviço, por melhor que seja a sua equipe esta atenção. “(...) Jamais poderá ser plenamente bem-sucedida no espaço singular dos serviços”. (Cecílio, 2001, p.117). Desse modo, a integralidade focalizada deverá necessariamente ser pensada como parte de uma integralidade mais ampliada que, para este autor, se realiza numa rede de serviços de saúde ou não.

“A integralidade da atenção pensada em rede, como objeto de reflexão e de (novas) práticas da equipe de saúde e sua gerência, em particular a compreensão de que ela não se dá, nunca, em um lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em uma ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial.” (CECÍLIO, 2001, p.117).

Este autor chama, pois, de integralidade ampliada, aquela articulada “em rede institucional, intencional, processual, das múltiplas integralidades focalizadas”. (Cecílio, 2001, p.119). Seria, portanto, “esta relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade do cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros.” (CECÍLIO, 2001, p.120).

Ao pontuar a necessidade de um novo olhar, de um novo fazer da Saúde, a representante do HUAP considerou que o papel deste setor precisa ser ampliado. Em seu depoimento, refere:

*“(...) o próprio Conselho de Saúde tem um conceito mais integralizado. Não é só a doença em si, mas justamente esse acolhimento dessa criança, desse adolescente vítima de maus-tratos, dentro de tudo que possa estar referindo à saúde: física, mental, o meio onde vive, tudo que está abrangendo isso e dar esse suporte. Não só o primeiro atendimento, mas também o acompanhamento dessa criança ou adolescente diz respeito à Saúde. Esse é um objetivo.”*  
(Representante do HUAP)

Esta entrevistada considera também que a Saúde tem um papel de multiplicador, disseminador de informações, principalmente para aqueles que não são da área de saúde, diz ela:

*“(...) O outro seria o de multiplicar esse conhecimento com as outras instituições que não são de saúde, que às vezes não têm. A própria delegacia, por exemplo, a parte de proteção, não tem esse conhecimento. (...) Tem que fazer a ocorrência, não sabe que tem que encaminhar para tomar medicação para que não venha adquirir uma doença sexualmente transmissível, para que não venha ter uma gravidez indesejada. Então, eu acho que esse processo de educação, de conscientizar (...) esses outros profissionais que não estão ligados à saúde é muito importante.” (Representante do HUAP)*

Tanto o representante do NAECA, quanto a representante do Fórum DCA, apontam a prevenção como um dos papéis inerentes ao Setor Saúde, apesar de considerarem que este, em especial, não tem sido executado.

A saúde *“(...) só está trabalhando com o que já está doente e não está trabalhando com o que pode estar saudável ainda e pode vir a ser saudável.”*, refere a representante do Fórum DCA. *“Eu acho que não há formação nem na Universidade, talvez, para isso. Então, meio que como uma grande equipe de bombeiros, né?”*, conclui.

Para o representante do NAECA, a Rede deveria estar trabalhando um projeto de prevenção que alcançasse as comunidades, as unidades de saúde e as escolas, ação esta expressiva de avanço a ser conquistado pela Rede.

Quanto à representatividade destas instituições na Rede, podemos destacar dois aspectos relevantes para os entrevistados. O primeiro diz respeito à quantidade de instituições de saúde que, no período de realização da pesquisa, participavam das reuniões da Rede. O segundo relaciona-se à qualidade dessa participação, assim como os seus comprometimentos percebidos em relação à Rede.

Importante ressaltar que as reuniões, freqüentemente, sinalizaram para a necessidade de participação de uma determinada unidade ou programa vinculado à Saúde, que porventura fosse relacionado a uma necessidade identificada, como por

exemplo, a COVIG e o Hospital Estadual Azevedo Lima, que apesar de contribuições anteriores, não estavam participando mais das reuniões.

Nas entrevistas, além destas duas instituições, foram sinalizadas as seguintes necessidades de representação: outras unidades de PMF, além da do Preventório; Centro Previdenciário de Niterói-CPN (atualmente designado Hospital Municipal Carlos Tortelly); Hospital Orêncio de Freitas; Policlínica de Saúde da Mulher Malú Sampaio; outros Ambulatórios, Policlínicas e Postos de Saúde; Emergências; Maternidades; Atenção Ambulatorial; Instituições privadas e até mesmo o Hospital Universitário Antônio Pedro, que, segundo a representante do HGVF, mesmo sendo integrante da Rede, em relação à assiduidade, *“(...) tem uma participação flutuante...”*.

De qualquer forma, é percebido que aqueles que ali representam instituições de saúde, o fazem, em sua maioria, com engajamento e determinação, como se pode observar na fala do representante do Conselho Tutelar: *“É difícil fazer esta mensuração, (...) mas o que é importante destacar é que estas representações estão aqui com um compromisso que, para mim, é determinante”*.

A representante do Juizado tem uma opinião semelhante à acima colocada: *“Se a gente pensar que são pessoas que têm uma sensibilidade para a causa da criança e do adolescente, sim(...)”*, confirmando que as instituições estão bem representadas. Mas, se for avaliada a resolutividade das propostas, em sua opinião, estariam faltando, como já sinalizado anteriormente, representações de maior poder político. *“Mas, ao nível de poder para que as coisas ocorram, para ter mais agilidade, não”*, conclui a entrevistada.

Para ela, assim como para o representante do Conselho Tutelar, esta afinidade, este comprometimento são fundamentais, porém insuficientes para o andamento das propostas e expressa, na fala abaixo, sua opinião sobre uma possível configuração ideal:

*“Se tivesse outras representações de poder maior político dentro da Rede, acho que as decisões seriam mais rápidas, mas assim, também eu não sei se trocaria a sensibilidade daquele técnico que consegue perceber a situação, pelas pessoas de poder, que não tivessem a compreensão (...). Se a gente*

*conseguisse juntar o técnico e mais quem tem poder na decisão na Saúde, na Educação, que pudesse estar agilizando isso (...), porque a gente está precisando agilizar (...)*. (Representante do Juizado)

Na mesma linha de raciocínio se encontram os relatos das representantes do Fórum DCA e do Projeto Sentinela, respectivamente: “(...) *embora tenham pessoas maravilhosas em termos de atuação (...)*”, não há representação de funções gestoras, relata a primeira. Apesar de existirem representações importantes, “(...) *não há pernas para tudo, (...) falta representação política das instituições, que dê peso às ações na consolidação do que já foi pensado*”, comenta a segunda entrevistada.

Quanto à participação de representantes diretos das Secretarias Municipais, especificamente o da Saúde, a representante do HUAP deixa clara a sua opinião de que esta representação é necessária para um melhor desdobramento de articulação. Diz ela:

*“(...) se tiver a participação efetiva da Secretaria Municipal de Saúde, eu acho que muita coisa (...) justamente essa articulação com outras instituições do município, (...) vai estar mais diretamente ligada”*. (Representante do HUAP)

Uma opinião muito distinta das demais foi a da representante do CAPSI. Esta entrevistada considerou como representação oportuna as participações das instituições de saúde na Rede. Isto é, segundo ela, esta participação é demandada pelo contexto em que a Rede se encontra em um determinado momento, e que a oscilante integração de outras instituições é inerente a isto. O início de sua participação teria acontecido desta forma. “*A gente não entrou lá à toa (...)*”, relata em seu depoimento, querendo dizer que houve uma provocação e esta se deu dentro de um contexto específico, onde a colaboração da Saúde Mental se fez necessária. Assim, para essa entrevistada, quem não estiver na Rede num determinado momento poderá estar em outro, dependendo das necessidades institucionais identificadas para auxiliar em um determinado caso ou questão. Não é possível, portanto, segundo ela, apontar com tanta facilidade quais recursos institucionais deveriam compor a Rede e que representações seriam mais importantes.

Já para a representante do CMDCA, a importância de participação pode ser identificada no sentido micro, isto é, quando se olha a efetiva colaboração daqueles integrantes da Saúde que hoje compõem a Rede. Porém, no sentido macro, esta representação estaria muito aquém do que a Saúde poderia contribuir.

Ao responder se a Saúde estaria bem representada diz:

*“Eu acho que, veja bem, não é representativo. E eu te digo isso assim, até reforçando que eu ainda não li todo o relatório que a Saúde enviou para o Conselho. Pelo que eu pude ver, muito rapidamente, (...) são muitos programas e projetos ligados à criança e ao adolescente. E assim, (...) não estão todos ali representados. Não expressa o que a Saúde faz em termos da criança e do adolescente.”. (Representante do CMDCA)*

### **3.5 O SEGMENTO PRIVADO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E A REDE.**

No que diz respeito à representatividade de segmento privado da Saúde na Rede, foi consenso entre os entrevistados que o cliente ou usuário destes serviços ou instituições distinguem-se dos que são atendidos no setor público. Desta forma, estariam configuradas variáveis importantes de relacionamentos e participações deste segmento junto à Rede, majoritariamente constituída de instituições governamentais e não governamentais de caráter público.

Para alguns entrevistados é preciso considerar que a própria Rede não fez ainda um movimento efetivo de convocação e sensibilização do segmento privado, com é possível destacar na fala das representantes do Juizado e do Projeto Sentinela, respectivamente:

*“Eu acho que aqui em Niterói a gente nunca teve a participação do setor privado na Rede, mas também, acho que nunca houve um movimento da rede em relação a buscar a participação”. (Representante do Juizado)*

*“Essa ausência não se explica, mas acho que por falta de iniciativa da Rede em estar sensibilizando essa classe, estreitando as ações e aumentando e diversificando a discussão”. (Representante do Projeto Sentinela/SMAS)*

Um movimento, que, segundo a representante do Fórum DCA, poderia começar a dissolver possíveis armaduras deste segmento, quanto ao tema da violência. Seu depoimento diz o seguinte:

*“Eu acredito que é uma certa blindagem do segmento de Saúde privado a esse assunto. Então, é a democratização do próprio assunto violência. É um absurdo falar isso (...). Mas eu acredito que um chamamento e um envolvimento na rede pessoal dos profissionais de saúde, talvez traga alguma diferença. É um trabalho de mobilização mesmo, para alcançar esses órgãos (...).” (Representante do Fórum DCA)*

Cabe destacar que os entrevistados, apesar de considerarem o usuário do segmento privado distinto, não desconsideraram dois aspectos importantes: o primeiro se refere à questão de que os direitos constituídos são para todas as crianças e os adolescentes, que merecem atenção especial, independentemente de suas condições socioeconômicas. *“(...) Independente do que possa estar acordado lá, tem uma coisa maior que é o ECA. Esta coisa da unificação da leitura e das responsabilidades com todos (...) é uma coisa legal”*, pontua a representante do PMF.

O segundo aspecto, relacionado ao primeiro, é a consideração de que mesmo sendo um usuário distinto do setor público, isto não eliminaria a existência de maus-tratos no contexto das famílias do segmento privado, onde, na opinião desta mesma entrevistada, poderiam estar inseridas violências camufladas pelo silêncio: *“(...) por outro lado, a gente tem o pessoal da rede particular, que, por uma questão de status, questão cultural, de fachada, não expõe, (...) essa violência também pode ficar muito silenciosa”*.

Se por um lado, as famílias usuárias do segmento privado de Saúde não expõem suas agressões, – *“(...) Eu nunca recebi uma mãe que disse assim: está assim porque eu bati na Bianca, está assim porque o papai chegou bêbado e bateu, nunca. (...) As coisas são mais camufladas (...)”*.(Representante do HGVF) – por

outro, os profissionais de saúde não conseguiram vencer uma das barreiras quanto à necessidade de notificação, que a relação privada estabelece, isto é, o pagamento. Nos depoimentos abaixo, podemos perceber esta preocupação:

*“Os próprios profissionais têm uma relação diferente com aquele que atende (...) como é que eu vou denunciar aquele que está me pagando? (...) A obrigação no estatuto é a mesma, né? (...) Eu acho difícil você mudar essa lógica de ‘quem me paga’ (...)”.* (Representante do Juizado)

*“Não sei, eu vejo isso como o próprio medo da notificação compulsória nesses setores, é mais difícil de se fazer porque esbarra muito com a prestação de serviço, com o direito do consumidor, então eu acho que o medo deles é esse, porque se for prestar um serviço que é pago, tem aquela coisa, abordar essa família de alguma forma, do jeito que isso vai ser recebido. (Representante HUAP).*

*“(...) No serviço privado, o cara paga, ele é o cliente, e se, em algum momento, ele se sentir insatisfeito com a intervenção, com a intervenção do profissional de saúde, ele simplesmente não paga mais aquilo ali, descarta e vai pra outro. É uma questão de concorrência. Então, imagine um hospital particular denunciar o seu próprio cliente. Isto é perder o cliente e alguns outros(...)”.* (Representante do Conselho Tutelar)

Outros fatores, além dos já mencionados para a ausência do setor privado na Rede, também são apontados pelo representante do Conselho Tutelar:

*“(...) São vários fatores. Primeiro porque, como esta Rede emergiu focada na questão dos maus-tratos, de dar visibilidade à questão dos maus-tratos, aí a gente vai entrar na discussão entre o público e o privado. O Público, ele tem esta característica de entrar na vida de seu usuário, de intervir na vida de seu usuário, de ter uma ingerência sobre a vida do pobre, que é o usuário do serviço público. É claro que isto não é uma exclusividade, mas quem se vale do SUS é o pobre. Nem o próprio técnico que opera o SUS ele é usuário do SUS, a*

*maior parte tem seus planos de saúde. O médico não é usuário do SUS. E é até engraçado isto: como é que você vai pensar a assistência de algo que você não está ali nem como beneficiário? Então, tem a questão de que isto cola mais facilmente nestas instâncias públicas que, demarcadamente, têm a característica do controle das populações marginalizadas, o que não acontece com o serviço privado. (...) Foram raras as situações onde a gente recebeu aqui algum encaminhamento do setor privado e, quando recebia, eram aqueles setores privados que acolhiam a demanda do SUS, através de convênio (...) na prática a Política pública tem um público demarcado”.(Representante do Conselho Tutelar)*

Como já sinalizado no referencial teórico, a questão da notificação de maus-tratos ainda é um tema complexo, que precisa avançar em seus desdobramentos. A obrigatoriedade da notificação não se traduz efetivamente em uma prática comum entre os profissionais de saúde. Apesar dos avanços nitidamente verificados no serviço público em geral, esta atitude tem lugar quando vinculada à consciência e esclarecimento profissional, além de estratégias institucionais de proteção àquele que notifica. (ex: a notificação é feita através da direção da instituição).

Se, portanto, no Serviço Público, onde, segundo a representante do HGVF, já teria ocorrido uma sensibilização dos profissionais, ainda se faz necessário derrubar determinados obstáculos no Serviço Privado, onde a lógica da atenção é fortemente pautada pela mínima intervenção dos espaços privados do indivíduo e isto, certamente, não seria uma tarefa fácil.

E prossegue:

*“(...) as coisas são mais camufladas (...) e quando ela explode, ela explode tão ruim quanto em uma unidade pública. Graves tanto quanto, porque uma intoxicação, ela é tratada do mesmo jeito, mas aqui a gente chega para a mamãe e diz assim: eu vou ter que mandar isso para o Conselho tutelar (...), mas acho que isso é mais complicado na instituição privada, mas só quem pode responder isso é a instituição privada (...). O fato é que notificam menos”. (Representante do HGVF)*

Desse modo, podemos ponderar que existem diversas variáveis, cada uma com sua especificidade, que implicam uma percepção própria de cada integrante da Rede quanto aos papéis a serem cumpridos e à qualidade de suas representações. Ainda assim, não há uma sensação geral de descrença e insegurança quanto às participações ora estabelecidas. Pelo contrário, esta diversidade de opiniões tem levado o grupo integrante da Rede a redefinirem não só seus papéis, mas também convocarem outras participações que, com seus novos papéis, estimulariam os sujeitos a saírem ao encontro dos outros para novos intercâmbios de significados, afetos e compromissos.

### ***3.6 SAÚDE: A ARTICULAÇÃO E A VISIBILIDADE DA REDE.***

A expectativa de compreender a articulação realizada entre os integrantes da Rede de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente que fazem parte do Setor Saúde, além de mapear as suas percepções de avanço e limites no âmbito da violência, apontou para a necessidade de responderem especificamente sobre estes aspectos.

Três temas, portanto, foram constituídos:

O primeiro visou investigar essa articulação, bem como a visibilidade que a Rede de Atenção possui dentro da rede de saúde local. (Anexo I – nº 15, 16, 17, 18 )

Com base em um documento encaminhado ao CMDCA, pela Vice-Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família, em novembro de 2005, é possível identificar que Niterói, através da Fundação Municipal de Saúde, desenvolve vários Programas e Planos voltados direta ou indiretamente à Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, a saber:

- Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, que segundo este documento, está implantado em todas as 10 Unidades de Saúde (UBS), 08 Policlínicas Comunitárias e 27 módulos do Programa Médico de Família que o município possui. As ações relacionam-se ao incentivo ao aleitamento materno; ao controle e tratamento das doenças diarreicas e terapia de rehidratação oral; ao controle e assistência às infecções respiratórias agudas, ao acompanhamento

de crescimento e desenvolvimento / vigilância alimentar e nutricional; às imunizações; ao teste de triagem neonatal (Programa Primeiros passos); e às violências, através do Programa de Prevenção as Violências Domésticas e Acidentes;

- Programa de Prevenção e Controle das Doenças Transmissíveis / HIV-AIDS, que desenvolve suas atividades em parcerias constituídas com a rede local (municipal, estadual e federal);
- Programa de Prevenção a Febre Reumática (PREFERE);
- Programa de Atenção a Doença Falciforme;
- Programa Médico de Família;
- Programa de Assistência Integral à Saúde do Adolescente;
- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher;
- Programa de Saúde Bucal;
- Programa de Odontologia para Bebês.

Apesar desta diversidade na atenção à saúde, os depoimentos dos entrevistados denunciam a necessidade de uma melhor comunicação entre os programas, pelo menos no que diz respeito à violência, haja vista nem todos estarem cientes da existência da Rede de Atenção Integral à criança e ao Adolescente.

Conforme discriminado acima, a preocupação com os maus-tratos localiza-se no Programa de Prevenção às Violências Domésticas e Acidentes. É neste programa que está inserida a ação do NAECA, responsável especializado pela atenção às crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar e seus agressores.

O depoimento do representante desta instituição deixa claro que apesar de existirem ações voltadas à criança, não há uniformidade quanto ao conhecimento da existência da Rede de Atenção nestes programas. Segundo sua opinião, esta falha, que não é só da Rede, é de difícil identificação. O próprio NAECA não tem a visibilidade que deveria ter junto à saúde, explica este entrevistado:

*“Alguns sabem, mas outros não. (...) Acho que a Rede ainda tem pouca visibilidade. Acho que quem conhece a Rede são mais as pessoas que estão dentro da Rede (...) então, por exemplo, o médico de família, ele sabe porque*

*tem atores que fazem parte da Rede, mas se você for perguntar às unidades de saúde (...) talvez elas não saibam da existência da Rede. Assim, sabem que existem alguns programas específicos de criança. Não acho que é uma falha só da Rede. O próprio Núcleo (se referindo ao NAECA) tem unidade que não sabe do Núcleo (...) o Médico de Família sabe porque a gente está junto, alguns diretores sabem mas é (...) através de eventos (...). Não acho que é falta de interesse, não. Acho que é uma sobrecarga de coisas que eles têm que desenvolver (...) não sei explicar porque (...) sempre que a gente fala dentro da Fundação municipal de Saúde, a gente fala da Rede (...) não sei se é só divulgação (...)*. (Representante do NAECA)

Já para as representantes do HUAP, o problema também está relacionado à esfera pessoal, às motivações particulares e interesses pelo tema. A instituição faz a sua parte e também dependeria do indivíduo estar “*atenado*”:

*“(...) As pessoas, às vezes, não sabem porque não querem saber. (...) Eu acho que isso vai muito também pelo interesse pessoal. Aqui no hospital, por exemplo, nós já fizemos vários seminários, eventos, falando sobre o atendimento em rede (...)*”. (Representante do HUAP)

No entanto, a instituição poderia estar fazendo mais, investindo em disponibilidade de tempo, incentivando as pessoas a participarem. Ao se referir à profissão de enfermagem, por exemplo, comenta: “*é raro serem dispensados para realizar um curso de capacitação. Como uma coisa interna há um interesse muito maior*”, relacionando o fato a uma mobilização institucional.

Numa comparação com a Educação, ilustra que este setor também se faz representar na Rede, e indaga: “*será que todas as escolas sabem da existência dessa Rede? Será que a Educação, diferente da Saúde, seria tão eficiente?*”.

Em sua opinião, uma das maneiras de aproximar as pessoas ao tema passaria pela sensibilização através de capacitações: “*Eu acho até que se houvesse isso, tipo reciclagens, capacitações, um determinante para você estar se atualizando, seria até uma forma de atrair essas pessoas para isso(...)*”.

A representante do HGVF refere não se sentir à vontade para responder a esta indagação. Diz ela: “(...) *eu não vou saber te dizer, não*”. *Foge à minha capacidade de avaliação(...)*”.

O depoimento da representante do CAPSI considera a total visibilidade da Rede, não só uma condição árdua, como de extrema dificuldade de acontecer. Para ela, esta pretensa visibilidade dependeria de algo que transcendesse à mera divulgação.

*“(...) eu não sei, não, eu acho que é uma coisa muito difícil, essa coisa de ter visibilidade, porque não é só uma coisa de ter um cartaz (...), é um trabalho operando, e as pessoas sabendo do trabalho daquela rede(...). Acho meio difícil todo mundo conhecer(...)”.* (Representante do CAPSI)

Já a representante do PMF destaca, de maneira singular, que existe a possibilidade de as pessoas não saberem da existência da Rede, formalmente, mas as ações desenvolvidas são capitalizadas para a Rede, e aí ela demonstra certa visibilidade, principalmente para o usuário destas ações, e exemplifica:

*“(...) quando a gente fala do Comitê, a gente necessariamente fala da Rede. Então, as pessoas podem não saber da Rede (...) você sabe o que é a Rede? Não. Você sabe do Comitê? Não. Você já participou de uma oficina? Ah, já (...) e são ações da Rede.”* (Representante do PMF).

Com relação à articulação entre os representantes da Saúde na Rede, foi possível perceber que não há um fórum formal e especial de discussão entre estes integrantes, extra-reuniões da Rede. A aproximação destas instituições somente ocorre quando demandadas pelo fluxo de atendimento ou por um caso onde suas participações se fazem necessárias. Praticamente, todas as contribuições das representações do Setor Saúde são desenvolvidas nas próprias reuniões da Rede, sem a necessidade, até o momento, de se agruparem para debates específicos deste Setor. Isto não representa, no entanto, na opinião dos representantes, que não se tenha aí uma articulação e uma integração.

*“(...) Eu acho que estamos integrados sim”*, afirma a representante do HUAP. Esta integração *“(...) se dá na Rede, nas reuniões uma vez por mês e nas reuniões do*

*comitê (...)*”, comenta a representante do PMF. *“A gente troca lá no espaço da Rede (...) a gente não tem perna para isso (referindo-se a reuniões específicas da Saúde). (...) A gente faz uma troca interna, com a nossa vice-previdência, com a nossa supervisão (...), mas com esses setores (da Rede), a gente troca na rede”*, acrescenta o representante do NAECA. *“As articulações são diferentes (referindo-se às outras instituições de saúde), porque têm a ver com questões clínicas (...)”*, afirma a representante do CAPSI. *“(...) Nesta reunião mensal, é lá que aparecem os problemas, é lá que surgem os nós, (...) então é a partir de lá que a gente vai, (...) é em cima disso que a gente vai fazer reuniões, (...) para tentar desvendar aqueles nós”*, conclui a representante do HGVF.

De qualquer forma, esta qualidade de articulação constituída contribuiu para o surgimento de um serviço, o NAECA, considerado pelo grupo como de extrema importância, anteriormente inexistente no município de Niterói. Com exceção da representante do CAPSI, que tem a sua participação muito recente nas atividades da Rede e que respondeu não saber sobre a sua origem, os demais representantes da Saúde o reconhecem como fruto das expectativas de atenção à criança e ao adolescente preconizadas pela Rede. O NAECA é referência no município, conclui a representante do HGVF.

Outra repercussão desta articulação da Saúde refletiu diretamente na constituição dos chamados Comitês institucionais e comunitários, que executam ações em seus territórios e que, na opinião das representantes do HUAP e do PMF, são demandadas direta ou indiretamente pela Rede.

Além disso, a atual atenção da Saúde Mental Infantil no município também foi sinalizada pelo representante do NAECA como uma expressão do trabalho da Rede. Diz ele: *“(...) Acho que a Rede provocou tanto, que, antes de existir o CAPSI, eles criaram um dispositivo para poder receber a criança para poder avaliar. Acho que a Rede(...) provocou um pouco isto”*.

Da mesma forma, o Projeto Sentinela, que apesar de ser vinculado a um Programa do Governo Federal de atenção às vítimas de exploração e abuso sexual, na opinião da representante do HUAP, é algo que o município abraçou também com o incentivo da Rede.

### **3.7 AVANÇOS E CONQUISTAS DECORRENTES DA REDE: DIFICULDADES DO SETOR SAÚDE.**

Se pudermos considerar essas ações como conquistas concretas para o setor Saúde e para a saúde da população de Niterói, como um todo, foco de nosso segundo tema específico explorado no roteiro (Anexo I – nº 19, 20), poderemos apoiar a opinião dos representantes do HUAP, do HGVF, do NAECA e do PMF, de que este município avançou na atenção destinada à criança e ao adolescente. Na opinião destes, os fluxos constituídos para o atendimento, a melhoria do processo de notificação de maus-tratos, as melhores participações junto às Conferências Municipais de Saúde e um atendimento mais humanizado são exemplos positivos desta articulação intersetorial.

Além disso, a Rede “(...) *demandou avanços para o sistema de saúde*” refere a representante do HGVF.

*“(...) colocou questões que antes, por exemplo, elas ficavam meio que invisíveis. A Rede deu visibilidade à prostituição infantil, (...) ao guri que usa droga, (...) aos que estão na rua, (...) e, a partir dessa visibilidade, começam a ser desenhadas políticas públicas para sanar isso aí. Não é que isso antes não existisse, já existia (...), mas quando você admite o problema e tem que atuar, você começa a discutir, (...) sem discutir não vai formular nada. Acho isso bem positivo (...).” (Representante 1 - HGVF)*

Quanto às dificuldades do setor Saúde, os problemas identificados pelos entrevistados foram bastante distintos. A representante do CAPSI, por exemplo, retoma a questão dos papéis dentro da Rede e formula a opinião de que estes precisariam estar mais amarrados: “(...) *Cada um tem que estar sustentando o seu lugar, mas sabendo que vai ter que haver interlocução*”. A representante do HUAP aponta a falta de infra-estrutura dos serviços, sejam materiais ou humanos, como um grande empecilho para a melhoria da qualidade da atenção prestada. O representante do NAECA considera uma grande dificuldade a falta de uma política clara em relação à violência. Já a representante do HGVF, apesar de considerar os avanços em relação às notificações e ao fluxo de atendimentos, coloca que há necessidades de

alguns ajustes e vê no atendimento à família uma das maiores fragilidades apontadas: “(...) o gargalo que eu vejo é o acompanhamento familiar (...)”. Além disso, aponta a falta de sensibilização de alguns técnicos para causas sociais, sendo isto uma barreira a ser vencida. Por último, a representante do PMF identificou nas questões estruturais o grande vilão que reflete na qualidade da prestação de serviços da Saúde. O grande problema é que “(...) a gente preconiza a garantia dos direitos, mas nenhuma instituição tem condição de garantir direitos.” (referindo-se às instituições de saúde e outras). Para ela, questões como educação e geração de emprego, por exemplo, devem estar sempre elencadas como fundamentais e são justamente os problemas advindos dessas as grandes limitações. Por isso, afirma que a Rede não pode perder a sua dimensão política: “(...) quando a gente está lá, está junto, é para estar apontando política pública (...)”.

### **3.8 A PARTICIPAÇÃO DOS GESTORES NA REDE.**

Uma outra questão que aqui se coloca é: como concretizar propostas de políticas públicas, sem a contribuição dos gestores públicos?

Para se destacar a percepção dos integrantes da Saúde sobre a qualidade de participação destes gestores, procuramos explorar suas opiniões sobre o comprometimento destes e o grau de prioridade oferecido à temática das violências contra as crianças e os adolescentes. (ANEXO I – nº 21, 22).

De alguma forma, a força da contribuição dos gestores públicos neste processo já foi sinalizada em vários depoimentos anteriores, quando analisaram que eles representariam, muitas vezes, o “poder” necessário à concretização das propostas da Rede. Com a observação realizada em campo, pôde-se perceber que a contribuição desses gestores não deveria se restringir a participações, sobretudo pontuais, nas reuniões, pois, também exigiria uma conseqüente atuação da gestão, baseada nas demandas apontadas pela Rede.

Esta preocupação quanto à participação da Gestão Pública, no cenário de mudanças requerido pela Rede, é percebida em muitas fases de sua articulação. Uma delas, apontada por um artigo de Nascimento e Rocha (2004), expressa esta consideração.

O propósito de interferir na agenda política, em um ano eleitoral (2000), dos candidatos do município de Niterói, por exemplo, fez com que integrantes desta Rede se mobilizassem para tentar garantir que candidatos locais assumissem compromissos com a causa da criança e adolescência. Numa comissão formada pelo I Conselho Tutelar, o Juizado da Infância e Juventude e o Fórum Popular Permanente de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente, passou-se a discutir a sensibilização desses candidatos, o que se desdobrou em uma campanha da Rede em estimular o compromisso dos eleitos com a questão da infância e juventude apontadas pelas Conferências Municipais e o Estatuto da criança e do Adolescente, entre outros. A expectativa era a de que ocorresse, por parte da população, votos vinculados àquele candidato que tivesse incluído em seus projetos a criança e o adolescente.

A reflexão sobre as prioridades da causa foi realizada em um encontro designado ‘Seminário Criança Prioridade Absoluta’, resultando, posteriormente, em uma solenidade de assinatura de um documento que reproduzia uma síntese das discussões e deliberações do mesmo. (NASCIMENTO E ROCHA, 2004).

Esses autores destacam a adesão do atual Prefeito, seu Vice-prefeito e quatro Vereadores, como integrantes da lista de candidatos que assinaram o referido documento antes de suas eleições.

Atualmente, na opinião da representante do HGVF, é possível observar que há uma continuidade em relação à questão da criança no município ao se comparar o governo anterior com o atual. Para esta entrevistada, não só Niterói tem sido referência para muitas Políticas Públicas relacionadas à criança - se comparadas a outros municípios e até Estados - como vê, no apoio dado ao seu Hospital, um exemplo de prioridade do Poder Público local com a causa da infância e a adolescência. Nunca teve negada qualquer necessidade prioritária para a sua administração, “*nunca a equipe teve o dissabor de ver uma criança necessitando de alguma coisa que a gente não tenha podido dar*”, comenta orgulhosamente. Apesar disso, entretanto, reconhece não ter condições de “*falar pelo todo*”.

Da mesma forma, acredita a representante do PMF. Para ela, apesar de ainda insuficiente, existe um compromisso com a causa. A violência doméstica está na pauta do município e está tendo cada vez mais visibilidade. Além disso, refere que a

criança é tida como grupo prioritário e que existem metas a serem cumpridas pelo Poder Público. Esse compromisso, diz ela, não é só da gestão. *“Existe um trabalho permanente da gente (...)”* (referindo-se à Rede).

Esta fala nos remete ao que talvez possamos chamar de “processo de gestão social co-responsável”, onde estariam envolvidas não só a responsabilização do setor público e sua gestão, mas também a responsabilização dos cidadãos, individual ou coletivamente. (GENTILE, 2001, p.92)

A representante do CAPSI indica a própria existência deste serviço como um exemplo de que a causa da criança é vista com prioridade, pelo menos pelo gestor de Saúde, no município. Segundo esta entrevistada, talvez não se possa dizer que há uma militância, mas que a interlocução ora estabelecida com a gestão da Saúde Mental tem resultado em benefícios para a clientela infantil.

Para o representante do NAECA, apesar de também considerar que *“Niterói está um passo à frente de muitos municípios nesta discussão de violência e de rede (...)”*, o apoio da Gestão Municipal ainda é muito pontual. Segundo ele, essa Gestão talvez não tenha muita clareza quanto ao papel da Rede. Além disso, pontua que esta prioridade sugerida é *“utópica”*. Mesmo assim, observa que há uma expectativa de mudança. Este entrevistado referiu que existe uma orientação para que todas as Secretarias Municipais que tenham programas e projetos inscritos junto ao Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente ofereçam informações sobre suas atividades, para que este Conselho comece a pensar, mais detalhadamente, nas políticas de ação a serem desenvolvidas.

Já a representante do HUAP não identifica um movimento de prioridade dos Gestores. Para ela, isso é possível perceber quando comparados os investimentos que atualmente são destinados à causa. Considera que a questão da violência não se tornou ainda alvo de grande preocupação para a aplicação de recursos.

Diz ela:

*“Eu não sei. Eu acho que atualmente se priorizam até outras demandas de serviços de saúde. Qualquer gestor pensa mais em faturamento. Então, serviços que têm um maior faturamento no atendimento, que atendem mais, e que tenham essa resposta imediata, eu acho que tem maior aplicação de*

*recursos nesse serviço. E a violência é um serviço que, até então, não se mostrou”.(Representante 1 HUAP)*

Ao comentar sobre a atual intenção do Governo Municipal em receber uma Titulação de “Prefeitura Amiga da Criança”, fornecida pela Fundação Abrinq, esta entrevistada aponta para uma possibilidade de mudanças neste cenário, “(...) *desde que se leve o compromisso à sério*”, pensamento esse também compartilhado pelo representante do NAECA. Para ela a Certificação exigiria mudanças de posturas. *“Assim como se tem o compromisso, eles devem ter que prestar conta sobre isso”*.

A representante do HGVF, ao referir que é o cumprimento de normas que possibilitaria esta Certificação, analisa este ponto com a seguinte reflexão:

*“acho que não é o fato de assinar que vai mudar nada, você pode assinar e na verdade não cumprir, (...) mas, na medida em que você decide cumprir as normas, (...) forçosamente você tem que melhorar. Acho que todos os municípios deveriam tentar essa acreditação (...)”*. (Representante 1 – HGVF)

Se compararmos esses depoimentos dos representantes da Saúde com os demais, observaremos que este fato em especial não tem uma convergente opinião. Para o representante do Conselho tutelar, por exemplo, é necessária certa precaução em fazer *marketing* para essa questão da certificação. Para ele esta certificação é uma estratégia de implicação do Poder Público em determinadas causas, porém, assim como comentou a representante do HUAP, a preocupação orçamentária é fundamental para analisarmos a questão da prioridade. Se a gente quiser saber o quanto uma prefeitura valoriza este segmento, é só pegar as contas públicas e verificar o quanto foi investido, diz ele. *“Acho que isso é que denota, de fato, o quanto ela está priorizando ou não. (...) O sujeito está preocupado com a questão, então vê quanto que ele está botando dinheiro nisto”*.

Uma prioridade também não identificada pelas representantes do Projeto Sentinela e do Juizado. Apesar de a Criança ser uma prioridade Constitucional, esta não é percebida.

Já a representante do CMDCA, assim como alguns dos integrantes da Saúde acima descritos, vê com bons olhos a intenção desta Certificação. São vários itens a serem perseguidos e que se desdobram em ações. No que tange à Saúde, comenta:

*“(...) o Programa Prefeito Amigo da Criança (...), junto com a Saúde, ele tem uma área, um modelo de vida saudável. Então, ela vai abranger: a promoção da saúde das famílias, a redução da mortalidade de crianças menores que cinco anos, a proteção da saúde das mães e redução da mortalidade materna, a garantia das famílias de segurança alimentar, prevenir danos à saúde pelas drogas e alcoolismo, oferecer aos jovens orientação sexual, contribuir para a redução das mortes e agravos por causa dos externos, tornar disponível a todas as famílias tratamento de esgoto e coleta de lixo e democratizar a questão dos serviços de saúde. Cada um desses itens que eu fui mencionando, eles estão se dividindo em ações concretas, que a nossa prefeitura precisa estar desenvolvendo”.*(Representante do CMDCA)

Muita coisa já está sendo desenvolvida, refere. A implantação ou a ampliação do atendimento domiciliar realizado por meio de equipes da Saúde da Família e Agentes Comunitários e a melhoria do acesso aos serviços básicos de saúde, inclusive com inauguração de um Hospital Policlínica na região Oceânica, são citados, como exemplos concretos da iniciativa do Governo Municipal que vão ao encontro das expectativas desta Certificação.

Portanto, essas falas, que denunciam encontros e desencontros sobre a percepção da participação da Gestão Pública no processo de atenção à criança e ao adolescente, configuram não só discursos que expressam visões particulares sobre o mesmo fenômeno, mas também caracterizam as inserções individuais neste cenário, e, parafraseando Minayo (2004, p.174), essas representações são portadoras “também dos interesses específicos desses grupos ou classes sociais e de seu próprio dinamismo”.

Para Minayo (2004, p.176), ao citar os trabalhos de Lévi-Strauss, as sociedades têm um discurso sobre saúde e doença que corresponde à coerência ou às contradições de suas visões de mundo e de suas organizações sociais.

Bakhtin *apud* Minayo (2004, p.175) considera que cada época e cada grupo têm seu repertório de formas de discurso determinadas pelas relações de produção e pela estrutura sócio-política. As falas, portanto, expressam relações sociais. A palavra é a arena onde se confrontam os interesses contraditórios, refere esse autor.

Sendo assim, principalmente expressando-se sobre um tema de inserção política, como avaliação de uma gestão pública, este aspecto não poderia ser desconsiderado.

### ***3.9 A REDE E SEUS CAMINHOS DE INTERSETORIALIDADE.***

Durante as entrevistas, dois outros temas foram explorados e permearam as reflexões dos entrevistados, a saber: os nomes da Rede ao longo de sua trajetória e a intersectorialidade percebida a partir dos seus relacionamentos institucionais.

#### ***3.9.1 Mudanças de nome: reflexos de sua trajetória.***

Ao analisar documentos referentes às atas de constituição da Rede, pudemos constatar que esta tem em seu processo histórico de existência três designações para esta articulação. A primeira, em 1998, constituiu-se Rede de Atendimento Integrado à Violência Doméstica e Estrutural contra Crianças e Adolescentes no Município de Niterói, nome original que perdurou até o ano 1999. A segunda, a partir do primeiro Seminário ‘Vítimas do Silêncio’, em 2000, foi chamada de Rede Municipal de Atendimento Integrado a Crianças e Adolescentes Vítimas de Maus-tratos, assim intitulada até 2004. E a atual, Rede Municipal de Atenção Integral a Crianças e Adolescentes de Niterói.

Quanto ao primeiro nome adotado pela Rede, a maioria dos entrevistados o desconhecia, fixando os dois demais, e expressaram surpresa quanto a esta revelação, mesmo os mais antigos participantes.

De qualquer forma, o fato colocado é que houve esta alteração de nomes, que se inseriu numa necessidade contextualizada de mudanças.

Para o representante do Conselho Tutelar, a nomenclatura reflete um determinado momento do grupo. Para ele, os termos ‘doméstica e estrutural’ estariam vinculados a um foco específico existente, à época, nos processos judiciais, isto é, a família. Segundo ele, o termo ‘maus-tratos’ foi incorporado a partir da necessidade de se buscar uma linguagem comum entre os técnicos do grupo, que fosse abrangente e de mais fácil assimilação.

O termo ‘integral’ seria para ele, decorrente do seguinte processo:

*“(...) da agregação de novos atores e da própria mudança de percepção das pessoas que faziam parte da Rede. Vai-se vendo que não tem como se trabalhar esse fenômeno, intervir nesse fenômeno da violência, se não incorporar outros sentidos”.*(Representante do Conselho Tutelar)

Esta mudança foi oriunda de um acúmulo de conhecimentos, que permitiu a diversificação das frentes, a ampliação sem perder a unidade, diz ele. Foi necessário tentar agregar outras discussões que estivessem relacionadas com a violência e o ônus disso foi, muitas vezes, perder um pouco o foco, abandonar discussões singulares dos casos. No entanto, sinalizou que a própria Rede tem tentado criar espaços de estudos de caso, de discussão de fluxos em Comissões específicas. Como discutir casos com um grupo de, às vezes, 30 pessoas? Indaga este entrevistado. *“(...) É até uma exposição pública indevida, da vida daquela criança, daquela família”*. Isto, porém, não fez com que os atores, uma vez articulados, deixassem de discutir os casos: *“isso continua ainda. Pega o caso de fulano, aí sentam duas, três, quatro instituições para discutirem o caso, de uma forma menos sistematizada, muito em função da demanda”*. Nos espaços mais coletivos, mais ampliados, refere que a discussão seria, entre outras, sobre a política de serviços.

Para a representante do Fórum DCA, esta ampliação não se deu só no nome, ela saiu do eixo exclusivo do atendimento e *“passou para o eixo de defesa, para o eixo de responsabilização, o eixo de promoção daquela criança, daquele adolescente”*. Porém, alerta a representante do CAPSI, há um risco neste processo. O perigo é das coisas se misturarem, refere. *“(...) Se a gente abre demais para abraçar tudo, a gente perde também qual é a nossa função...”*.

A representante do CMDCA acredita que a Rede, com a perspectiva de atenção integral, teria “(...) *dado um passo muito maior que suas pernas poderiam dar*”. Em sua opinião, o desejo de atingir a qualidade de atenção implícita em seu nome não é suficiente para que isto aconteça. Segundo ela, a Rede ainda não foi capaz de atender sequer o seu pressuposto anterior, ou seja, exclusivamente os casos de violência. Além disso, também critica a atuação das comissões atualmente propostas, as quais, em sua opinião, “(...) *não estão funcionando da maneira adequada*”. No entanto, relata que a mudança de nome tem sua “(...) *positividade*”.

O representante do NAECA também faz suas ressalvas quanto ao atual nome:

*“Nesta questão da violência doméstica eu acho que foi ótimo para a Rede, mas para quem trabalha com a violência doméstica, foi um retrocesso. Acho que a gente deixou de produzir muito mais coisas do que quando a gente estava voltado à violência doméstica. Eu acho que, talvez, a gente precisasse ter dado um tempo com essa coisa da violência doméstica, ter digerido mais, atuado mais, para depois ampliar. Acho que foi positivo, mas ficou um foco muito amplo(...)” (Representante do NAECA).*

Já as representantes do HUAP vêm com positividade esta alteração. Para elas, esta ampliação possibilitou à Rede interferir em outros processos que transcendem à violência doméstica. Ao sair da esfera familiar, possibilita o olhar de maneira mais integral sobre outros tipos de violência, como a estrutural e até mesmo a violência institucional da própria escola. Esta ampliação não invalida a possibilidade de um olhar focalizado: “(...) *dentro desta Rede toda poderiam existir comissões específicas para cada coisa*”. (obs: este depoimento denuncia o desconhecimento de que isto já vem ocorrendo).

Para a representante do Juizado, um outro aspecto importante na questão do nome da Rede é que esta mudança possibilitou não reforçar rótulos àquele que é vítima de maus-tratos, quando, muitas vezes, outros direitos deste mesmo indivíduo estão sendo ameaçados. “*Quando a gente fala de uma coisa mais geral a gente acolhe também isso (...)*”, refere a representante do PMF.

A maneira metafórica de a representante do HGVF expressar sua opinião quanto a essa questão ilustra o benefício da ampliação, bem como sua preocupação com o foco: “(...) *bom que tenha alguém olhando a floresta, mas você não pode deixar de olhar a árvore*”.

É necessário ampliar, reforça o representante do Conselho Tutelar, apoiando as alterações ocorridas.

*“(...) Não tem como a gente discutir o caso de um adolescente que foi vítima de violência, sem discutir a inserção dele na escola, sem discutir a inserção dele na saúde, na família(...), então, eu tenho que trazer estes atores para a discussão”.* (Representante do Conselho Tutelar)

Nossa observação em campo aponta para a necessidade de referenciais que balizem a atuação dos integrantes da Rede. Não como uma diretriz rígida, a ser seguida por todos sem questionamentos, sem reflexões, mas como algo que se coloca como um objetivo a ser alcançado, a ser perseguido, respondendo ao contexto, que ora se estabelece, dos debates coletivos, isto é, uma opção pela busca da integralidade da atenção. Assim sendo, o nome da Rede não poderia deixar de ser ampliado, pois pressupõe esta expectativa. A Rede não pode se esquivar de opinar sobre o entorno da questão da violência doméstica, que, ao mesmo tempo geradora de violências, muitas vezes perpetuando seu ciclo, é também gerada por outras formas de violências, principalmente as de caráter estrutural. Fazer essa opção, mesmo que com dificuldades práticas para a sua consecução, implica uma recusa ao reducionismo. Fazer essa opção é destacar um princípio orientador, não só da organização do trabalho que se faz necessário, mas das proposições políticas. É justamente com este princípio que o olhar sobre os aspectos específicos dos casos não perderiam a sua dimensão social, e, por isso integral.

Esta integralidade pressupõe a configuração de certas políticas específicas, desenhadas para dar respostas a determinado problema de saúde (na sua mais ampla concepção) ou determinado grupo populacional. A violência, como já mencionada anteriormente, tem um caráter multifacetado que cada vez mais vem exigindo respostas intersetoriais, e é sobre esta proposta de articulação que a Rede tem se debruçado.

### 3.9.2 Intersetorialidade e Rede.

Também instigados à reflexão, o tema da intersetorialidade foi colocado em pauta pelos entrevistados, o que desdobrou em vários comentários.

O representante do Conselho Tutelar a considera o grande norte, o grande eixo, e refere que o direito da criança não pode ser fragmentado. Não adianta você ter direito à educação sem ter direito à saúde, à convivência familiar, exemplifica. Para ele, a criança deve ser atendida em todos os seus direitos, sendo isto um pressuposto para um crescimento saudável. A intersetorialidade é o caminho e *“não tem como pensar a proteção à criança, sem pensar em integrar as ações”*.

A Rede, portanto, seria para este depoente um dispositivo de promoção desta integração, que se refletiria, concretamente, nas práticas dos profissionais e nas práticas dos serviços.

Criar uma ambiência necessária para que esta integração se dê, manter uma perspectiva para se estabelecer *“(...) a relação, o diálogo, a negociação, a pactuação”*, são alguns de seus propósitos. Não adianta ter a simples existência de um serviço, diz ele. Este precisa articular. *“Como agregar em rede, tornar a rede de atendimento e o atendimento em rede? Aí é que está o desafio. Seus atores precisam “(...) sentar-se à mesa, conversar, negociar e pactuar ações que se fortaleçam mutuamente”*. Portanto, conclui este entrevistado:

*“(...) enquanto esse espaço de embate for garantido, a gente é capaz de avançar; quando esse embate, ele se torna acirrado, você não tem diálogo e, se não tem diálogo, você não tem intersetorialidade”*.(Representante do Conselho Tutelar)

Este campo de forças estabelecido na Rede também é percebido pelos demais entrevistados e assim ocorre pela diversidade estabelecida entre os profissionais e suas experiências e visões sobre um determinado tema, ou seja, como nos refere Velho (1999), a vida social é uma constante negociação entre atores (indivíduos, grupos, categorias), envolve os mais diferentes interesses e motivos, e, por isso, “o

significado do mundo está sempre, em alguma medida, em questão”. (VELHO, 1999, p. 86).

Quanto mais cabeças discutindo melhor, refere a representante do HGVF. “(...) *Cada profissão tem um olhar e quando se juntam para discutir uma coisa, que cada um vê com um olhar diferente, é fantástico, porque enriquece*”. Para esta entrevistada, assim como para a representante do PMF, a Rede está amadurecendo este processo intersetorial, onde cada instituição tem seu próprio tempo, e que se constitui uma estratégia de ação atualmente difícil de se abandonar.

A intersetorialidade tem como preceito a reestruturação e reunião de vários saberes e setores, no sentido de um olhar mais adequado e menos falho a respeito de um determinado objeto, proporcionando uma melhor resposta aos possíveis problemas encontrados.

Um processo que acontece no dia-a-dia, refere a representante do Projeto Sentinela, um trabalho que se concretiza em conjunto com o outro o tempo todo, mas que obviamente precisa avançar e que, não sendo ainda o ideal, depende de todos os atores envolvidos, comentam as representantes do Juizado e do Fórum DCA.

“*Não é uma salada*”. Apesar de uma direção única, os setores que lá articulam são diferentes, cada um tem um papel, refere a representante do CAPSI, chamando a atenção sobre a necessidade da preservação da identidade institucional dos integrantes da Rede.

Talvez isto se configure em mais um desafio da Rede: estimular a coalizão sem que se perca a autonomia. Requer, portanto, um olhar atento para os papéis desempenhados, porém, submetido à lente intersetorial.

Junqueira (2000) *apud* Paula *et al* (2004), refere que a intersetorialidade deve incorrer em mudanças na organização dos setores da sociedade, onde os processos de formação dos profissionais também deveriam ser revisados. Para este autor, a equipe não deve ser mais entendida como apenas um conjunto de saberes compartimentalizados, mas saberes que operam a partir de inter-relações e que atuam em processos de trabalho articulados entre si.

Estas inter-relações, prossegue o autor:

“(...) adquirem um caráter mais amplo, pois extrapolam o Setor Saúde e buscam novas parcerias com outras

instituições em redes de atenção que auxiliem e garantam a eficácia na atenção à saúde dos usuários” (JUNQUEIRA, (2000) *apud* PAULA *et al* 2004).

A fala abaixo ilustra a preocupação de um dos integrantes entrevistados, quanto a essa perspectiva mais ampla que o olhar intersetorial preconiza:

*“E é assim que eu enxergo o trabalho em rede: você tem que ver aquela criança e adolescente como um ser de seu município e como um todo. Não adianta você retalhar - essa parte é a saúde que trabalha, essa parte é a educação que trabalha (...). Se cada órgão enxerga assim, você realmente só vai trabalhar esse pedaço (...). Então, termina um trabalho de burocracia. Esse papel sou eu, que preencho e passo para você, que preenche o próximo papel (...). Quem olha para essa criança?” (Representante do Fórum DCA)*

Esse olhar ampliado, portanto, pressupõe um debruçar não só de conhecimentos, mas de dúvidas geradoras que são, da busca de idéias transformadoras da realidade. Para isso, faz-se necessária a construção de Políticas Públicas que possam impactar tudo aquilo que no passado ou na modernidade tem ameaçado a qualidade de vida dos indivíduos, e a violência, mesmo aquela existente nos espaços privados da família, tem sido uma grande ameaça.

Como dar conta, portanto, de tamanha complexidade, sem que esta seja submetida a uma reflexão coletiva? Como dar conta, sem que seja necessário submeter a busca destas respostas a uma contribuição cada vez mais ampliada das pessoas? Como dar conta, sem “(...) um esforço conjunto de toda a sociedade e de todos os setores (...)” (GENTILE, 2001), na identificação de suas próprias necessidades.

Este “modo de fazer” que a Rede tem buscado o tempo todo otimizar tem se baseado, justamente, nesta forma de articulação e que certamente tem uma perspectiva de promoção da saúde que, como sinalizado por Gentile (2001), se baseia em três pilares básicos: “o conceito de saúde como qualidade de vida, o caráter intersetorial das políticas públicas e ações, e a participação das pessoas, como sujeitos ativos nas definições dessas políticas”. (GENTILE, 2001, p. 136).

Para Lobato (1997) *apud* Nascimento e Rocha (2004), os bens sociais são responsabilidade não só do Estado, mas do conjunto da sociedade e está no reconhecimento disto a possibilidade da aquisição destes como direito. Para ele, o Estado até pode instituir o direito, através das políticas sociais, mas está no plano societário o alcance do status de direito, “e, portanto, o Estado só o fará como tal, se assim for definido pelas relações políticas que se estabelecem entre ele e a sociedade” (LOBATO (1997) *apud* NASCIMENTO & ROCHA, (2004).

As violências, independentemente de seus formatos, ameaçam a qualidade de vida, enquanto um bem social que dignifica a existência humana e que aponta para a necessidade de se encontrarem estratégias para o seu enfrentamento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um das principais características da constituição da Rede Municipal de Atenção Integral às Crianças e Adolescentes do Município de Niterói está na forma de seu arranjo organizacional. Esta se deve ao entendimento, pelas entidades integrantes, de que seu funcionamento é reflexo de um pressuposto de integração.

Na busca de melhores resultados, a Rede vem adotando o conceito de intersetorialidade como a chave, ora colocada, para a abertura de portas que levarão a um melhor tratamento das questões sociais relacionadas ao tema da violência intrafamiliar e doméstica contra a criança e o adolescente, dentre tantos outros. Não se deve perder de vista, entretanto, a perspectiva de que a Rede ainda apresenta desafios próprios, conforme já sinalizado anteriormente, para uma gestão eficaz.

Cabe considerar que esta gestão não implica uma hierárquica divisão de funções ou participações. Pelo contrário, uma preservação de autonomia, não havendo um vínculo funcional ou burocrático, que institua uma subordinação, em qualquer nível, entre os integrantes da Rede.

Suas ações são fruto das articulações entre os atores componentes da mesma, pautadas em uma racionalidade deliberativa, comunicativa e dialógica, instauradas no processo de interação contextualizado do grupo, voltada à cooperação entre esses atores sociais, quanto à busca de efetividade para seus projetos.

Ainda neste nível de gestão, a mediação dos conflitos, conforme a observação de campo desta pesquisa, utiliza a estratégia do incremento do consenso como uma solução para os impasses apresentados, geradores naturais das variações que parecem estar relacionadas aos aspectos motivacionais da participação de determinados integrantes.

Durante um determinado período de sua trajetória de consolidação, a Rede utilizou-se de capacitações internas, não só para o aprimoramento técnico do grupo, mas também para minimizar as ranhuras potenciais acarretadas pelas divergentes visões conceituais.

Como era de se esperar, tendo em vista as diferentes formações e experiências individuais, onde se expõem sujeitos de setores sociais diversos, com saberes e poderes diversos, o grau de maturidade que se encontra o grupo reflete o esforço

conjunto de mudanças de visões e posturas, anteriormente adotadas institucionalmente, ou mesmo individualmente, pelos representantes componentes da Rede. A busca pela capacidade de escuta e negociação foi observada como um processo que acompanhou (ou sempre acompanhará), o intenso fluxo de comunicação e produção de idéias, cotidianamente vivenciadas pelos seus integrantes.

Outro aspecto a ser considerado diz respeito à expansão não só quantitativa, mas qualitativa, que ocorreu com a Rede desde os primórdios de sua idealização. Num determinado momento, historicamente constituído, a Rede se preocupou em dar respostas aos casos de maus-tratos que se colocavam como de difícil resolutividade institucional, principalmente demandados pelo Ministério Público, Juizado e Conselho Tutelar. Hoje, sua preocupação se amplia para a uma contribuição na proposição de Políticas Públicas identificadas como de interesse para o município, no tema da infância e juventude.

O enfoque ampliou, as visões se ampliaram e as ações não poderiam deixar de ter uma expectativa ampliada, numa sociedade que também ampliou os seus problemas. Atualmente, portanto, a Rede se preocupa com questões relacionadas a educação, saúde, moradia, lazer e convívio social, bem como com a resignificação de valores éticos da sociedade e a expectativa de empoderamento dos sujeitos sociais para o enfrentamento de seus problemas. Não que estas preocupações sejam atuais. Pelo contrário, integram as inquietações de seus componentes desde sempre, haja vista a primeira designação da Rede anteriormente citada. Na atualidade, porém, acredita-se ser mais efetivamente possível contemplá-las.

O Plano Municipal de Enfrentamento à Violência contra a Criança e o Adolescente, formulado pela Rede no processo desta ampliação, é um exemplo desta efetividade, enquanto uma construção coletiva que também abraça propostas de âmbito estrutural, e, apesar de ainda aguardar pronunciamentos concretos do Poder Público para a sua execução, se projeta como um instrumento de mudanças no cenário municipal.

A atuação em rede oferece não só uma oportunidade de melhoria na qualidade de atendimento à criança e ao adolescente, mas significa, segundo Nascimento e

Rocha (2005), um acúmulo de capital social que, para esses autores, se manifesta pela maior ou menor capacidade da Rede em:

“(…) estabelecer coletivamente objetivos de médio e longo prazos; agregar pessoas, grupos, instituições e populações em torno de seus objetivos; manter ao longo do tempo e em face das adversidades, uma constância de propósitos. (NASCIMENTO & ROCHA, 2005, p. 70).

No âmbito mais específico do Setor Saúde, cabe-lhes não só o desenvolvimento de ações educativas e preventivas, com também o cuidado às pessoas na recuperação de sua saúde e atenuação de seus problemas. Um novo olhar, portanto, um novo “modo de fazer”, vinculado aos princípios da promoção da saúde, se coloca em evidência como uma necessidade imperiosa da participação deste setor na macropolítica pública. Isto significa que a colaboração da Saúde junto à Rede não pode ser descontextualizada destes princípios, ou seja, participação e empoderamento, responsabilização e intersectorialidade das ações na busca de equidade. (GENTILE, 2001).

Cabe ressaltar que, para este autor, a promoção da saúde não pretende se constituir uma nova epistemologia, mas, “ao reconhecer a incapacidade das políticas focalizadas e fragmentadas, ela pretende, sim, se constituir (...) como um conjunto de princípios norteadores de uma nova prática e uma nova ética”. (GENTILE, 2001, p. 81).

Insistimos com o tema da promoção da saúde, por considerar que a Rede aponta suas expectativas para esse conceito, independentemente de ser esse um objeto permanente de discussão do grupo, que, de maneira natural, movimenta-se sob esta luz.

“A saúde não é assegurada apenas pelo indivíduo, nem tampouco pelo setor da Saúde no seu senso estrito. Ao contrário, depende de um amplo leque de estratégias, por meio de ações articuladas e coordenadas entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersectoriais. Pode ser entendida, então, como um desfecho positivo decorrente da implementação de políticas públicas saudáveis.” (MOYSÉS *et al*, 2004).

Obviamente a incorporação de determinadas unidades e representações da Saúde, municipais ou não e ora integrantes da Rede, não respondem pela totalidade das políticas municipais de saúde em Niterói, no entanto, caracterizam iniciativas singelas, porém complexas, de atuação deste segmento na busca de alternativas para este novo fazer da Saúde.

Nosso foco de atenção procurou identificar nessas iniciativas suas efetivas contribuições junto à Rede, e, para tanto, fez-se necessária a exploração das percepções dos integrantes do grupo, inclusive dos próprios integrantes da Saúde.

A evidência de que se está muito aquém da potencialidade deste Setor é destacada na fala dos entrevistados. Enquanto visão específica, atrelado a um saber específico, este setor é mandatário não só de uma missão de atendimento às conseqüências da violência, o que de alguma maneira é executado com os serviços de emergência e especializado (NAECA), mas também, como acima destacado, de uma proposição preventiva, identificada pelos entrevistados como uma expectativa não contemplada.

Desse modo, apoiamos as inquietações denunciadas no processo desta investigação, de que a Saúde perde oportunidades de uma maior interferência nos contextos que se revelam no dia a dia da Rede. Isto ocorre quando deixam de integrar o grupo aquelas representações da Saúde sinalizadas não só nas falas dos entrevistados, como também no documento da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, encaminhado ao CMDCA, sobre os seus programas e projetos, que, de alguma forma, dedicam atenção à criança e ao adolescente deste município.

Citamos como exemplo, a relação entre a quantidade de módulos do Programa Médico de Família referenciados no documento citado (27 módulos) e a sua efetiva representação nas reuniões da Rede (01 representação). Esta consideração não pretende desqualificar a representação atualmente estabelecida. Ela é reconhecida nas reuniões da Rede, por unanimidade, como de expressiva qualidade, pois vem impactando o território de sua inserção (comunidade do Preventório e adjacências) com ações articuladas com a comunidade local. No entanto, explicitar esta potencialidade desperdiçada significa destacar a relevante necessidade de uma participação mais abrangente deste Programa nos processos que propiciem estratégias de enfrentamento à violência.

Não se pode perder de vista que as proposições para este enfrentamento certamente requerem uma abordagem integral, porém contempladoras de singularidades. As contribuições das particulares vivências daqueles que hoje são a representação da Saúde no contexto comunitário favoreceriam, indubitavelmente, uma melhor compreensão das complexidades e prioridades circunscritas.

Importante ressaltar que à prevenção todos os setores envolvidos na Rede têm uma contribuição em potencial a dar, mas certamente este tema carece de aprofundamento nas reflexões. A própria conjuntura atual de participação da Rede expressa esta fragilidade, quando não tem inserido, em suas atividades, um ator de fundamental importância: a Educação. Ora, não é preciso muito esforço para identificar neste ator social a sua relevância, tendo em vista sua atuação ser diretamente dirigida ao público alvo desta pesquisa. Apesar de este segmento ter anteriormente participado da Rede, de ser citado como integrante do Núcleo Gestor, em seu Boletim de 2004, e de ter sido convidado novamente a prestar sua contribuição, isto não foi observado no decorrer desta investigação, acarretando em um abismo para a perspectiva preventiva apontada. Outros exemplos de ausências na contribuição sobre os aspectos preventivos da intervenção da Rede são as representações vinculadas à cultura, esporte e lazer, indiscutivelmente fortes aliados nas estratégias de prevenção à violência.

Não podemos deixar de destacar que apesar de a ação preventiva ter sido sinalizada pelos entrevistados como um item pouco expressivo nas ações da Rede, ela se configura como inexistente, possível de ser percebida, por exemplo, nas ações do módulo do PMF do Preventório. Inúmeras atividades que congregam a participação comunitária e outros atores sociais são desenvolvidas naquela localidade e “*capturadas*” pela Rede, como a própria representante do PMF, por nós entrevistada, revela. Estas ações, direta ou indiretamente, são resultado de uma proposição de articulação em rede e que têm um caráter eminentemente preventivo e relacionado à perspectiva da Promoção da Saúde.

Claro que o impacto esperado das ações está delimitado pelas possibilidades operacionais da execução e diz respeito não só às parcerias locais estabelecidas, mas também às articulações com a gestão pública pactuadas, apontadas pelos entrevistados como insuficientes. O “esforço conjunto de toda a sociedade e de todos

os setores” para a identificação de suas necessidades, como preconiza Gentile (2001), está aqui colocado em cheque.

Na percepção dos integrantes da Rede instaura-se aqui uma fragilidade. A participação do Poder/Gestão Público local não só é deficiente como instável. Não há o compromisso esperado desta articulação. Além disso, a expectativa construída das relações entre os gestores, profissionais ou usuários, não se revestem de significados apenas técnicos, mas se inscrevem numa dimensão política. A cobrança que se faz é de comprometimento, identificado por parte dos entrevistados como tênue, apesar de intenções documentadas e algumas iniciativas focalizadas de apoio, como a criação do NAECA e a inauguração do CAPSI, por exemplo.

A “intersetorialidade é a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, com saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos” (FEUERWERKER & COSTA (2000) *apud* MOYSÉS, 2004).

Nesse sentido, se aponta aqui uma convocação de toda a sociedade para a adoção da articulação por meio do trabalho em rede, que, na opinião de Nascimento e Rocha (2005, p. 70), marca a árdua tarefa de, “numa sociedade marcada por exclusão, por desníveis sociais graves e antigos e pela falta de participação política de seus cidadãos”, produzir capital social.

Importante salientar que esta perspectiva preconiza não só o engajamento do Poder Público no estabelecimento deste tipo de parceria, mas também do setor privado, “habitado a ser contratado e não a ser parceiro, a receber recursos e não aplicar os seus junto aos recursos do Estado” (NASCIMENTO & ROCHA, 2005, p. 70).

Com relação a esta participação, a exemplo do citado em algumas falas dos entrevistados, nossa percepção é a de que não houve ainda, por parte da Rede, uma discussão profunda a respeito da importância do setor privado. Deste segmento, falta inserir não só representações da saúde, como também da educação, por onde, com certeza, também circulam problemas relacionados à violência intrafamiliar, sendo, devido a isto, necessária uma efetiva reflexão. Cabe à Rede, portanto, elaborar estratégias de motivação deste setor, de maneira a incluí-lo em suas reflexões e proposições quanto ao enfrentamento deste problema, avançando para uma perspectiva de atenção integral, que alcance, indistintamente, a todas as crianças e

adolescentes, inclusive as de melhor situação sócio-econômica, atendidas pela rede privada de saúde e de educação.

Aqui encontramos um grande obstáculo a ser superado pelo trabalho da Rede: obter a adesão dos setores receosos quanto às necessárias transformações impostas pelo modelo intersetorial de articulação. Receios esses,

“(...) perfeitamente compreensíveis quando analisamos historicamente o nosso país, onde os pactos sociais e políticos se davam (ou ainda se dão?!) através da cultura das relações oligárquicas, populistas e autoritárias, tais como: o clientelismo e o fisiologismo em nossa cultura política; a burocracia e o corporativismo em nossa cultura administrativa; a auto-suficiência e o formalismo em nossa cultura técnica; a passividade e a submissão em nossa cultura de relacionamento usuário-serviço público; o imediatismo e o setorialismo em nossa cultura empresarial”.(COSTA,1999:07 *apud* NASCIMENTO & ROCHA, 2004)

Esta é uma das expectativas da Rede, a de estimular uma nova forma de fazer política, isto é, a que rompe, como nos ressalta Nascimento e Rocha (2005, p.69), com antigos vícios oligárquicos, populistas e autoritários, onde a formulação, o planejamento, a execução, o monitoramento e a avaliação das políticas sociais são, muitas vezes, realizadas de maneira desarticulada.

Deste modo, vale lembrar também a ausência de contribuição contundente de mais um importante ator nas reflexões da Rede, isto é, a do segmento legislativo municipal. Durante nossa investigação, esta representação se fez presente em pouquíssimos momentos, representando uma lacuna para a expectativa de um olhar mais integral, tendo em vista ser este aquele aliado de óbvia participação na formulação de políticas públicas, traduzidas em leis que viriam a cooperar com a causa da criança e do adolescente.

A intersetorialidade, que tem uma dimensão muito mais ampla que relações interdisciplinares, vem requerendo mudanças importantes, inclusive da Rede, nos contextos internos das instituições, assim como na sua forma de comunicação com outros setores.

Com relação à Rede, esta comunicação ainda está distante de constituir-se intersetorial, pelo contrário, fragmentada em sua forma, precisando aparar arestas e

melhorar sua frequência. Ainda há descontinuidade, conforme percebido nos discursos dos entrevistados, gerando, de certa forma, um contexto de insatisfação entre os integrantes do grupo.

Esta fragilidade na integração tem refletido diretamente na resolatividade das propostas da Rede. Entre outros exemplos, podemos citar a proposta de uma “ficha única de atendimento”, que deveria ser adotada por determinados parceiros responsáveis por algum tipo de acompanhamento constituído no fluxo, resultado do empenho do grupo em melhorar a comunicação e a informação entre os setores, mas que, apesar dos esforços realizados, de fato, ainda não foi integralmente concretizado.

Um outro fator importante a se considerar é a inexpressiva participação do usuário do sistema nas decisões que lhe dizem respeito, o que significa dizer que a população sobre a qual a Rede debruça o seu olhar (crianças, adolescentes e suas respectivas famílias) não está ainda colocada como sujeito, mas considerada objeto de intervenção. A não ser nos fóruns instituídos pelos Comitês, poucas foram as participações deste segmento no processo de discussão da Rede identificadas nesta pesquisa, constituindo-se evidente necessidade de mobilização para uma efetiva participação.

Esta fragmentação da articulação da Rede tem se colocado como um obstáculo aos avanços necessários, tornando árdua tarefa a busca pela superação deste e de outros entraves, mas, nem por isso, conforme nossa observação em campo e a análise das entrevistas realizadas, ameaçadoras de sua existência. Talvez pela “militância” de alguns, que encontraram na Rede uma forma de impor transformações ao complexo contexto das violências a que são submetidas crianças e adolescentes no município. Talvez pela consciência, mesmo que parcial, ao que Nascimento e Rocha (2005) chama de “consciência de *incompletude* e da limitação de cada membro *per si*”. Talvez devido à intersectorialidade pretendida constituir-se ainda numa tarefa individual e não institucional. Talvez por não ser um privilégio desta Rede, mas sim algo inerente ao processo de articulação em rede, uma construção.

Com certeza a idéia de um “*único serviço*”, decorrente de articulação e integração tão eficientes a ponto de tornar isto possível, como observado em um dos depoimentos (representante do Conselho Tutelar), considerando o contexto atual,

constitui-se uma utopia. De qualquer forma a lógica desta expectativa aponta para a necessidade de maior aproximação entre os setores, uma melhor comunicação.

Uma preocupação evidenciada na fala dos entrevistados é bastante marcante: a que diz respeito ao benefício da multiplicidade dos olhares. Uma consideração importante, pois situa os integrantes da Rede em um contexto de humildade, ao reconhecerem seus limites. Ao mesmo tempo aponta para a necessidade de criatividade na solução dos impasses que a todo tempo emergem, levando a Rede a novas articulações, novas reorganizações.

A relevância desta heterogeneidade é apontada por Feuerwerker e Sousa (2000) *apud* Paula *et al* (2004). Para esses autores, quanto mais heterogêneo e organizado o grupo, maior a riqueza da sua produção. Uma produção fruto desta diversidade, dos impasses constituídos, das verdades individuais e da construção coletiva que se define enquanto é realizada, mediante acordos e parcerias instituídos na Rede. Uma produção que invadiu o imaginário dos atores constituintes da Rede, muitas vezes fazendo-os revisitarem seus conceitos e suas práticas profissionais na atenção dedicada à população infanto-juvenil sob seus cuidados.

Os depoimentos colhidos corroboram nossa percepção de que esses atores, a todo instante, influenciaram e foram influenciados pela Rede, imputando a ela sua flexibilidade, seu próprio dinamismo. Além disso, é preciso considerar que esta influência também alterou práticas de outras instituições, como por exemplo, das delegacias locais, que passaram a fazer encaminhamentos mais apropriados, em caso de estupros ligados à criança e adolescentes, conforme esclarecimento da representante do HUAP.

Ainda no que diz respeito ao Setor Saúde, uma inquietação nos é colocada: a que identifica uma deficiente articulação entre seus integrantes, também apontada nos depoimentos. Inexiste uma interlocução entre os representantes das instituições deste Setor. Durante a investigação, ficou evidente que estes não realizam, e parece não ser uma meta, reuniões em que a pauta da violência seja foco de reflexão. Não há uma perspectiva projetada para a realização de estudos e a construção de propostas específicas deste Setor a serem levadas para a Rede. Somente os “casos” têm mobilizado encontros entre um ou outro componente. As idéias não são fruto de uma investida coletiva deste grupo, tendo em vista a especificidade de sua atenção. Isto

não quer dizer que este saber específico da Saúde se sobrepõe a qualquer outro. Talvez encontros periódicos entre aqueles que ora participam da Rede, e que têm experiências específicas na atenção dada à criança e ao adolescente (emergência; saúde mental; atendimento especializado; atenção básica), possam contribuir com mais profundidade nas reflexões da Rede.

Talvez esta pouca integração do Setor Saúde seja mais uma justificativa para a também pouca visibilidade que a Rede de Atenção Integral tem na rede de saúde local, como pudemos verificar durante os depoimentos. A exemplo das outras representações constituídas na Rede, não há um projeto de participação do Setor, propriamente dito, mas sim uma representação circunscrita nos interesses e possibilidades pessoais dos indivíduos. Daí, na prática, tem cabido a estes indivíduos, e não às instituições, uma contribuição muitas vezes de difícil execução, devido a uma infinidade de tarefas outras, exigidas no dia a dia de seus trabalhos. Aliás, a falta de tempo e a falta de apoio institucional, sinalizadas nas entrevistas, são outros fatores que imputam às ações da Rede limites operacionais concretos.

Esta Rede, transcendendo a uma exclusiva discussão teórica sobre a questão da violência, tem convocado seus atores à ação e apontado que este tema exige mobilização política e social, bem como, no que diz respeito à saúde, adequação e respostas competentes dos serviços a uma dura realidade, muitas vezes imposta pelas desigualdades sociais.

A violência intrafamiliar é um dos sintomas dessas assimetrias, mas não pode ser compreendida como uma questão decorrente somente de conflitos interpessoais entre pais e filhos, mas, uma interação construída historicamente entre pessoas e que, ao se configurar, se insere no contexto da história socioeconômica, política e cultural desta sociedade.

Contudo, esta mesma Rede, com suas diversidades e complexidades próprias, com seus limites e fragilidades, aqui considerada como uma rede autônoma (INOJOSA *apud* FERREIRA, 2002), tem se configurado no cenário do enfrentamento às violências no município de Niterói como um braço forte em defesa dos direitos de diversas crianças e adolescentes, vítimas que são, não só das especificidades do sistema familiar, mas também de problemas estruturais fortemente arraigados na sociedade brasileira. Assim sendo, continuar repensando questões de

tamanho complexidade, como a violência, tem sido meta fundamental para esta Rede, na busca de caminhos para uma vida mais saudável.

Deste modo, arriscamos considerar que, apesar de suas limitações, a Rede de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente de Niterói constitui-se um formato dinâmico, alternativo e atual de busca de soluções para o enfrentamento à violência a que são submetidos indivíduos em desenvolvimento.

Pretendemos com este estudo contribuir, de alguma forma, no campo da Saúde Coletiva, para as reflexões críticas a respeito da violência, muitas vezes silenciosa, que tem interferido, de maneira incontestável, sobre a qualidade de vida das pessoas e da coletividade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACIOLI, Sonia. Os Sentidos das Práticas Voltadas para Saúde e Doença: Maneiras de fazer de Grupos da Sociedade Civil. In: Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde, organizado por Roseni Pinheiro e Rubem Araújo Mattos. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.
- ALMEIDA, Carlos Alberto Lima de. *E agora? Fecho a Escola? O direito dos estabelecimentos educacionais optarem pelo simples*. Niterói: Lucena, 2002.
- ANDREOLA, Balduino Antônio. *Interdisciplinaridade na obra de Freire: uma pedagogia da simbiogênese e da solidariedade*. In: Paulo Freire, Ética, Utopia e Educação. Organizado por Danilo R. Streck. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1999.
- ANTONY, C. D.; KOLLER, S. H. *A visão de família entre adolescentes que sofreram violência intrafamiliar*. In: Estudos de Psicologia / UFRGS, vol 5(2). Porto Alegre/RS, 2000.
- ANTÔNIO, Carlos ; RODRIGUES, Gisllene. O indivíduo e a rede. [www.rits.org.br](http://www.rits.org.br) acessado em 06 de janeiro de 2006.
- ARRIÈS, Philippe. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.
- ARRUDA, Ângela. *Novos significados da saúde e as Representações Sociais*. In: Cadernos de Saúde Coletiva / UFRJ, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, vol X, nº 2. Rio de Janeiro, 2002.
- ASSIS, Simone Gonçalves, et al. *Violência e representação social na adolescência no Brasil*. Rev Panam Salud Publica. 2004;16(1):43–51.
- ASSIS, Simone Gonçalves. *Crianças e Adolescentes Violentados: Passado, Presente e Perspectiva para o Futuro*. In O impacto da violência social sobre a saúde. Cadernos de Saúde Pública, vol 10 (supl. 1). Rio de Janeiro, 1994.
- ASSIS, Simone Gonçalves; CONSTANTINO, Patrícia. *Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90*. In Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Organizado por Maria Cecília de S. Minayo e Ednilsa Ramos de Sousa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

BARROS, Nivia Valença. Curso: Capacitação para Conselhos Tutelares - Projeto SIPIA - ministrado na Faculdade de Administração – Niterói /UFF, 14, 15 e 17 de julho de 2005.

\_\_\_\_\_. *Reflexões sobre a Infância e Juventude na América Latina*. In Direitos Humanos e Cidadania: textos sobre crianças e adolescentes. Organizado por Nivia Valença Barros. Niterói: PROEX/UFF, 2005.

\_\_\_\_\_. *Violência intrafamiliar contra criança e adolescente. Trajetória histórica, políticas sociais, práticas e proteção social* / Nivia Valença Barros, Dissertação de Doutorado; orientadora: Maria Euchares de Senna Motta. – Rio de Janeiro: PUC-Rio, Departamento de Psicologia, 2005.

BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Mostra sociedade viva: violência e saúde / Ministério da Saúde*. – 2. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM nº737 de 16/05/01*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRUMDTLAND, Gro Harlem. *Relatório Mundial sobre violência e saúde*. Genebra, OMS, 2002.

ANTÔNIO, Carlos; RODRIGUES, Gislene. *O indivíduo e a rede*. <http://www.rits.org.br>, em 06 /01/ 2006.

CARTA DE BRASÍLIA. <http://conselho.saúde.gov.br/eventos/carta.htm>, em 02/10/2004.

CASTELLS, Manuel. *A sociedade em Rede. A era da informação: economia, sociedade e cultura*. São Paulo. Paz e Terra, 1999.

CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares; MINAYO, M. C. S. *Abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família: Dificuldades e potencialidades*. In: Pesquisa qualitativa de serviços de saúde, organizado por Maria Lúcia M. Bosi e Francisco J. Mercado. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2004.

- CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. *Estudo da Violência Intrafamiliar em Áreas Atendidas pelo Programa Médico de Família de Niterói: O Papel dos Profissionais de Saúde*. Projeto de Pesquisa de Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança apresentado ao Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz, 2000.
- CECLIO, Luiz Carlos de Oliveira. *As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde*. In: Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde, organizado por Roseni Pinheiro e Rubem Araújo Mattos. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.
- CONANDA. *Diretrizes Nacionais para a Política de Atenção Integral à Infância e à Adolescência*. Ministério da Justiça / Secretaria de Estados dos Direitos Humanos / Departamento da Criança e do Adolescente, Brasília – DF, 2000.
- COSTA, Joseli Santos. *Violência Intrafamiliar no Município de Niterói: Análise sobre a incidência e prevalência da Violência Doméstica contra a Crianças e Adolescentes (V.D.C.A.)* Rev. ABRASCO, livro de resumo 1, vol. 8, supl. 2. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003.
- DAY, Vivian Peres; TELLES, Lisieux Elaine de Borba, ZORATTO, Pedro Henrique *et al.* *Violência doméstica e suas diferentes manifestações*. Rev. psiquiatria. Rio Grande do Sul, vol.25 sup.1, abr.2003.
- DESLANDES, Suely F. *Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço*. Cad. Saúde Pública v.10 supl.1. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Redes de Proteção Social e Redes sociais: uma Práxis Integradora*. In Violência faz mal à saúde. Organizado por Cláudia Araújo de Lima. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- FALEIROS, Eva T. Silveira; CAMPOS, Josete de Oliveira. *Repensando os Conceitos de Violência, Abuso e Exploração Sexual de Crianças e de Adolescentes*. Brasília: CECRIA / MJ – SEDH – DCA / FBB / UNICEF, 2000.
- FERREIRA Ana L.; FERMIN R Schrammb. *Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde*. São Paulo: Rev. Saúde Pública, 34 (6): 659-665, 2000.

- FERREIRA, Kátia Maria Maia. *Violência Doméstica / Intrafamiliar contra Crianças e Adolescentes – Nossa Realidade*. In: *Violência Doméstica Contra a Criança e o Adolescente*. Organizado por Lygia Pereira da Silva. Recife: EDUPE, 2002.
- FERREIRA, Raquel Corrêa. *Redes na Contramão do Capitalismo – Redes e Rizomas*. Monografia apresentada ao Instituto de Educação Continuada - IEC da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Belo Horizonte: PUC, 2002.
- FREITAS, Rita de Cássia Santos. *Violência contra crianças e adolescentes em dados: a necessidade de visualização*. In: *Olhares: criança e adolescentes*. Organizado por Nivia Valença Barros, José Nilton de Souza e Jacques Sochaczewski. Niterói: PROEX / UFF, 2005.
- GAY, Simone Rocha; JUNIOR, Áderson Luiz Costa. *Descuidos com crianças violentadas nos Hospitais Públicos*. In: *Revista Psicologia Ciência e Profissão DIALOGOS – Direitos Humanos: subjetividade e inclusão*. Ano 2 – nº 2. Brasília: CFP, 2005.
- GENTILE, Marilena. *Promoção da saúde e município saudável*. São Paulo: Vivere, 2001.
- IANNI, Octavio. *Capitalismo, violência e terrorismo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.
- LOIOLA, Elizabeth; MOURA, Suzana. *Análise de Redes: uma contribuição aos estudos organizacionais*. In *Gestão Contemporânea, cidades estratégicas e organizações locais*, organizado por Tânia Fisher. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1996.
- MANDELA, Nelson. *Relatório Mundial sobre violência e saúde*. Genebra, OMS, 2002.
- MINAYO, M. C. S. *A violência dramatiza causas*. In *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Organizado por Maria Cecília de S. Minayo e Ednilsa Ramos de Souza. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- \_\_\_\_\_. *A Violência sob a perspectiva da Saúde Pública*. In *O impacto da violência social sobre a saúde*. Cadernos de Saúde Pública, vol 10 (supl. 1). Rio de Janeiro, 1994.
- \_\_\_\_\_. *Violência: Um Velho-Novo Desafio para a Atenção à Saúde*. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Educação Médica, vol.29, nº 1, 2005.

- \_\_\_\_\_. *O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MINAYO, M. C. S.; SANCHEZ R. Niskier. *Violência contra Crianças e Adolescentes: questão Histórica, Social e de Saúde*. In *Violência faz mal à saúde*. Organizado por Cláudia Araújo de Lima. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. Ramos. *É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública*. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva/ABRASCO, vol.4, nº1, 1999.
- \_\_\_\_\_. *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Organizado por Maria Cecília de S. Minayo e Ednilsa Ramos de Souza. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- MOTTA, M. E. de Senna. *Reflexões sobre a notificação compulsória de maus – tratos*. In: *Olhares: criança e adolescentes*. Organizado por Nivia Valença Barros, José Nilton de Souza e Jacques Sochaczewski. Niterói: PROEX / UFF, 2005.
- MOYSÈS, Samuel Jorge *et al.* *Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba*. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, vol.9 no.3 Jul/set. 2004.
- NASCIMENTO, Carlos Alberto Domingues. *A Dor da Violência*. In: *Violência Doméstica Contra a Criança e o Adolescente*. Organizado por Lygia Pereira da Silva. Recife: EDUPE, 2002.
- NASCIMENTO, Alexandre Ferreira; ROCHA, Roseli da Fonseca. *Tecendo a Rede Municipal de Atendimento Integrado à Criança e ao Adolescente Vítimas e Maus-tratos de Niterói: Reconstruindo sua trajetória e refletindo sobre sua implementação*. Niterói, 2004 (mimeo).
- \_\_\_\_\_. *Uma reflexão acerca do processo de formulação e implementação da Rede de Atendimento Integrado à Criança e ao Adolescente de Niterói*. In: *Olhares: criança e adolescentes*. Organizado por Nivia Valença Barros, José Nilton de Souza e Jacques Sochaczewski. Niterói: PROEX / UFF, 2005.
- NICODEMOS, Carlos. *A Infância e Juventude na América Latina – Formação de Agentes de Defesa de Direitos da Criança e do Adolescente*. In *Direitos*

- Humanos e Cidadania: textos sobre crianças e adolescentes. Organizado por Nívia Valença Barros. Niterói: PROEX/UFF, 2005.
- OLIVEIRA, Maria Luíza Moura. *Atenção a Mulheres, Crianças e Adolescentes em Situação de Violência: Rede de Atenção – A experiência de Goiânia*. In Violência faz mal à saúde. Organizado por Cláudia Araújo de Lima. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- OMS. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Genebra, OMS, 2002
- ONU. Common Country Assessment – Brazil 2001. Brasília, November, 2000.
- PAULA, K. Andressa *et al.* *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*. Ribeirão Preto: Rev. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, volume 8, nº 15, mar/ago, 2004.
- PLANO MUNICIPAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E AO ADOLESCENTE DE NITERÓI. Proposta Preliminar (revisada em março de 2004). Niterói, maio de 2003.
- POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- RAMOS, Adriano da Rocha, *et al.* *Percepções sobre saúde dos profissionais envolvidos com o atendimento odontológico infantil na XX RA*. Cadernos Saúde Coletiva/UFRJ/NESC, vol IX, nº 1. Rio de Janeiro: UFRJ/NESC, 2001.
- REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE –Ripsa- *Indicadores Básicos de Saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.
- REDE MUNICIPAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE DE NITERÓI: Boletim Institucional, maio de 2004.
- RIBEIRO, Ana Clara Torres. *Intervenções Urbanas, Democracia e Oportunidades: dois estudos de caso*. Rio de Janeiro: Ed. Fase, 2000.
- RIBEIRO, Ana. *Políticas Públicas de proteção social para crianças e adolescentes: quinze anos do ECA!*. In: Olhares: criança e adolescentes. Organizado por Nívia Valença Barros, José Nilton de Souza e Jacques Sochaczewski. Niterói: PROEX / UFF, 2005.

- SANTOS, Maria de Fátima de Souza. *Representações Sociais e Violência Doméstica*. In: *Violência e Exclusão: convivendo com paradoxos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004
- SANTOS, Neuci Cunha dos. *Práticas frente à violência intrafamiliar no âmbito do PSF – um estudo de caso*. (Tese de Doutorado) Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2005.
- SAWAIA, Bader B. *Uma análise da violência pela filosofia da alegria: paradoxo, alienação ou otimismo ontológico crítico?*. In: *Violência e Exclusão: convivendo com paradoxos*. Organizado por Lídio de Souza e Zeide Araújo Trindade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- SILVA, Lygia Pereira da. *Violência Doméstica Contra a Criança e o Adolescente*. Recife: EDUPE, 2002.
- SILVA, Inalva Regina da; NÓBREGA, Renata. *Feridas que não cicatrizam*. In: *Violência Doméstica Contra a Criança e o Adolescente*. Organizado por Lygia Pereira da Silva. Recife: EDUPE, 2002.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). *Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e adolescência: orientações para pediatras e demais profissionais que trabalham com crianças e adolescentes*. Rio de Janeiro: SBP/Claves/ENSP, SEDH-MJ, 2001.
- SOUZA, Edinilsa Ramos *et al.* *Tendências da Produção Científica Brasileira sobre Violência e Acidentes na Década de 90*. In *Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*. Organizado por Maria Cecília de S. Minayo e Edinilsa Ramos de Souza. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- SOUZA, Edinilsa Ramos; JORGE, Maria H. P. de Mello. *Impacto da Violência na Infância e Adolescência Brasileiras: Magnitude da Morbimortalidade*. In *Violência faz mal à saúde*. Organizado por Cláudia Araújo de Lima. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- SOUZA, Lídio de. *Processos de categorização e identidade: solidariedade, exclusão e violência*. In: *Violência e Exclusão: convivendo com paradoxos*. Organizado por Lídio de Souza e Zeidi Araújo Trindade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- SOUZA, Maria Laurinda Ribeiro de. *Violência*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005

- TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em Educação*. São Paulo: Atlas S.A., 1994.
- VELHO, Gilberto. *Drogas e a construção social da realidade* In: Toxicomanias – Abordagem multidisciplinar. Org. por Marco Batista e Clara Inem. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1997.
- \_\_\_\_\_. *Individualismo e Cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- ZALUAR, Alba. *Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas*. Rio de Janeiro. Ed. FGV, 2004.
- UNICEF. Boletim nº 78. Brasília, julho de 2005.

## ANEXOS

### Anexo I

#### Roteiro de Entrevistas

##### **Roteiro de entrevista (integrantes do núcleo gestor da rede)**

1. Para você, o que é rede?
2. Como você chegou na Rede? Desde quando você participa?
3. Qual o seu papel na Rede?
4. Qual o seu grau de envolvimento na Rede?
5. Quais as potencialidades da Rede percebidas por você? O que ela poderia estar fazendo? Em termos ideais, como deveria ser a Rede?
6. Quais os avanços da Rede percebidos por você? Dê um ou mais exemplos positivos identificados por você?
7. No que se refere ao público alvo, que benefícios concretos você pode identificar?
8. Quais as fragilidades (limites, obstáculos, empecilhos identificados)?
9. A sua participação na Rede alterou sua maneira de refletir sobre o tema?
10. A sua participação na Rede alterou as práticas na sua instituição? (qual o impacto, que repercussão?).
11. Na sua opinião, qual o papel do Setor Saúde na Rede?
12. Você acha que o Setor Saúde está bem representado? Por quê?
13. Como você explicaria a ausência das instituições do setor privado de saúde na Rede?

14. Que outras instituições / atores da Saúde você considera importantes quanto à participação na Rede?

**Roteiro de entrevista ( dirigido aos integrantes do Setor Saúde na Rede)**

15. Os segmentos de atenção à criança e ao adolescente na Saúde (programas, projetos, serviços, etc.), sabem da existência da Rede? Por quê?

16. O NAECA é um exemplo de serviço constituído a partir da Rede. Você concorda com esta afirmação? Existem outros exemplos?

17. Existe alguma articulação entre as instituições de saúde que compõem a Rede? Estão integradas? Como se dá esta integração?

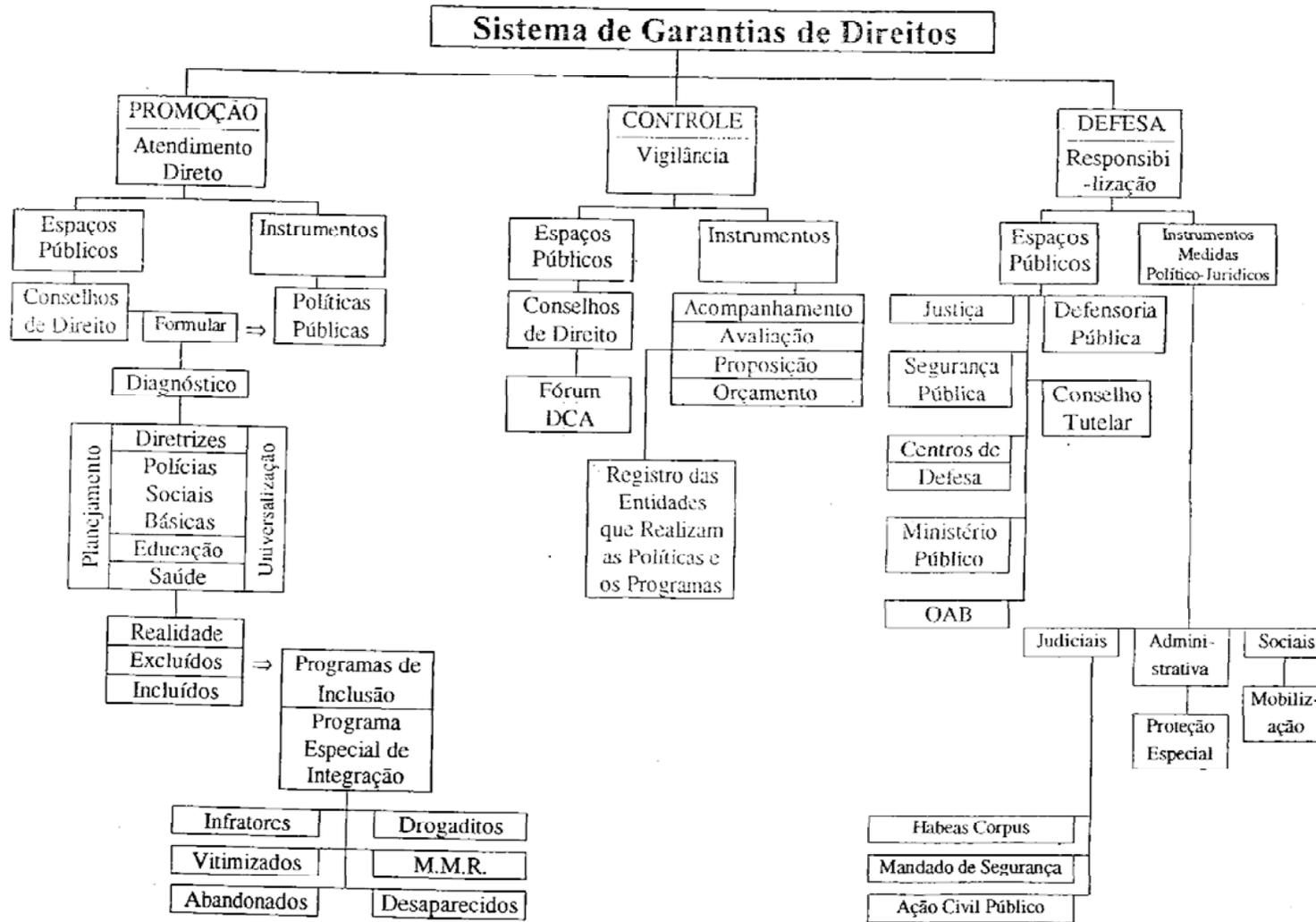
18. Caso não haja interação entre as instituições de saúde, por que você acha que isto ocorre?

19. Quais os avanços que você vê na Saúde a partir da Rede?

20. Quais as dificuldades do Setor Saúde identificadas?

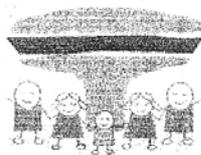
21. Como você vê o grau de envolvimento do gestor público com a causa / com a Rede?

22. Qual o grau de prioridade, com a causa da criança, do poder público municipal na agenda da Saúde?



**Anexo II**  
**Organograma do Sistema de Garantia de Direitos**

## Anexo III



REDE MUNICIPAL DE  
ATENÇÃO INTEGRAL  
À CRIANÇA E AO  
ADOLESCENTE  
DE NITERÓI

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO  
(Unidade de Saúde, Ensino, Delegacias, Ent. de Atendimento)

Endereço: .....  
Telefones: .....

## FICHA ÚNICA DE ATENDIMENTO

## I. IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO

N.º REG. NO SERVIÇO .....

DATA: ..... / ..... / .....

## II. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE

NOME .....

PAI ..... Idade .....

MÃE ..... Idade .....

RESP. .... Idade .....

ACOMPANHANTE ..... Grau de Relacionamento .....

IDADE DECLARADA: ..... TEM RCN? (1) Sim (2) Não (3) Não Sabe DATA DE NASC. .... / ..... / .....

SEXO: (1) Masc. (2) Fem. COR: (1) BRANCA (2) PRETA (3) PARDA (4) AMARELA

## III - ENDEREÇO DOS PAIS OU RESPONSÁVEL (referência da criança / adolescente)

End: .....

Bairro: ..... Cidade ..... CEP .....

Referência: ..... Telefones: .....

LOCAL DA VIOLAÇÃO: ( ) Intra-familiar ( ) Extra-Familiar ( ) Institucional

## IV. SITUAÇÃO ESCOLAR / TRABALHO (da criança / adolescente)

## SITUAÇÃO ESCOLAR

- (01) NUNCA ESTUDOU  
(02) ESTUDA  
(03) NÃO ESTUDA ATUALMENTE  
(04) EDUCACAO INFANTIL  
(05) EDUCACAO ESPECIAL  
(06) NÃO TEM IDADE ESCOLAR  
(07) CRECHE

## Na Situação (02) ou (03)

- (01) Ens. Fund. .... série  
(02) Ens. Médio ..... série  
(03) Supl. Ens. Fund. .... série  
(04) Supl. Ens. Méd. .... série  
(05) Outros .....

## OCUPAÇÃO/ATIVIDADE ATUAL:

- (01) Remunerada Com Cart. De Trab.  
(02) Remunerada Sem Cart. De Trab.  
(03) Não Remunerada.  
(04) Sem Ocup./Atividade  
(05) Não está em Idade de trabalho  
Descrição da Atividade .....

NOME DA UNIDADE ESCOLAR: .....

(que frequenta ou frequentou) TIPO: ( ) Pública ( ) Particular ( ) Esc. Técnica ( ) Telecurso ( ) Outro .....

## V. SITUAÇÃO DE SAÚDE

Apresenta lesões corporais? ( ) Não ( ) Sim. Qual? .....

Possui problemas de saúde? ( ) Não ( ) Sim. Qual? .....

Faz uso de medicamento controlado? ( ) Não ( ) Sim. Qual? .....

Faz uso de substância entorpecente? ( ) Não ( ) Sim. Qual? .....

## VI. SITUAÇÃO FAMILIAR / HABITACIONAL / ECONÔMICA

## ONDE MORA ATUALMENTE

- (01) Com Pais / Responsável  
(02) Em Inst. Governamental  
(03) Em Inst. Não Governamental  
(04) Sem Residência Fixa  
(05) Na Rua  
(06) Outro Lugar:

## COMPOSIÇÃO DO NÚCLEO FAMILIAR (com quem mora):

- ( ) pai ( ) mãe ( ) irmãos  
( ) padrasto ( ) madrasta  
( ) tios Nº ..... ( ) primos Nº .....  
( ) avós ( ) outros .....

Nº Total de pessoas: .....

## RENDA FAMILIAR: (Sal. Mínimo)

- ( ) sem renda ( ) até ½ ( ) até 1 ( ) de 1 a 2  
( ) de 2 a 4 ( ) de 4 a 8 sal. ( ) mais de 8

## RELIGIÃO (predominância na família):

- ( ) não possui  
( ) evangélica: qual? .....

( ) católica: qual? .....

( ) espírita: qual? .....

( ) Outra: qual? .....

## SITUAÇÃO DA MORADIA:

- ( ) Própria ( ) Cedida ( ) Alugada ( ) Agregada  
( ) Posse ( ) Outra .....

## RECEBE ALGUM BENEFÍCIO:

- ( ) Bolsa Escola ( ) PETI ( ) Vale Gás  
( ) Outros: qual? .....

## TIPO DE MORADIA:

- ( ) Casa ( ) Apt. ( ) Barraco ( ) Quarto  
( ) Outro .....

## NÚMERO DE CÔMODOS

- ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) + de 6

## CONDIÇÕES SANITÁRIAS:

- Água encanada? ( ) Sim ( ) Não  
Esgoto tratado? ( ) Sim ( ) Não  
Coleta de Lixo? ( ) Sim ( ) Não

| IRMÃOS DA CRIANÇA/ADOLESCENTE: (quando vítimas também) | Data Nasc. | Reg. no órgão | Pront. CT Nº |
|--|------------|---------------|--------------|
|  |            |               |              |
|  |            |               |              |
|  |            |               |              |

## Anexo VI



REDE MUNICIPAL DE  
ATENÇÃO INTEGRAL  
À CRIANÇA E AO  
ADOLESCENTE DE NITERÓI



## ANEXO I – CONSELHO TUTELAR

## REGISTRO DE COMUNICAÇÃO DE FATO / VIOLAÇÃO DE DIREITO

RECEBIDO POR ..... DATA: ..... / ..... / ..... HORA: ..... : .....

( ) Pessoalmente ( ) Telefone ( ) Documento. Qual? .....

REG. Nº ..... / ..... PRONT./CT.Nº ..... / ..... PRONT. ANT Nº ..... / .....

CONSELHEIRO ..... Recebeu em ..... / ..... / .....

IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE VIOLADO (nome, características da(s) criança(s) / adolescente(s) / grupo)

IDENTIFICAÇÃO DO AGENTE VIOLADOR (nome, características, grau de relação, etc.)

IDENTIFICAÇÃO DO SOLICITANTE / DENUNCIANTE: (nome, características, grau de relação, etc.)

Pode ser Revelado? ( ) Não ( ) Sim

Contato (End./Tel.): .....

## TIPIFICAÇÃO DO SOLICITANTE / DENUNCIANTE:

- (01) Própria Criança/Adol. (09) Ent. de At. ONG  
(02) Pais/Responsável (10) Ent. de Def. Direito  
(03) Outro Membro Famil. (11) Autoridade Policial  
(04) Vizinho (12) Autoridade Judicial  
(05) Ass. Comunitária (13) Ministério Público  
(06) Escola (14) Não identificado  
(07) Serviços de Saúde (15) Outro .....

## ENCAMINHADO POR:

- (01) Outro usuário (10) Ent. de Atend. ONG  
(02) Procura Espont. (11) Ent. de Def. de Dir.  
(03) Cidadão Comum (12) Autoridade Policial  
(04) Ass. Comunitária (13) Autoridade Judicial  
(05) Escola (14) Ministério Público  
(06) Serviços de Saúde (15) Não Identificado  
(07) Ent. de Atend. Gov. (16) Outro .....

SÍNTESE DO FATO (Complemente no verso)

DIREITO VIOLADO: ( ) Individual ( ) Coletivo/Difuso: ( ) Grupo ( ) Comunidade/Bairro  
( ) Vida e Saúde ( ) Educ.,Cult.,Esp.e Lazer ( ) Conv. Fam. e Com. ( ) Lib., Resp. e Dig. ( ) Prof. e Prot.Trab.

| TIPIFICAÇÃO DA (S) VIOLAÇÃO (ÇÕES) |                       |                 |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------|
| Cód. da Violação                   | Descrição da Violação | Agente Violador |
|                                    |                       |                 |
|                                    |                       |                 |
|                                    |                       |                 |

PROVIDÊNCIAS / ENCAMINHAMENTOS / REQUISIÇÕES

| MEDIDAS APLICADAS |           |              |
|-------------------|-----------|--------------|
|                   | Cr. / Ad. | Pais / Resp. |
|                   |           |              |
|                   |           |              |
|                   |           |              |

## Anexo V



BOLETIM INSTITUCIONAL – Maio de 2004

### O ECA e o Trabalho em Rede

NITERÓI FOMENTA POLÍTICAS PÚBLICAS DE INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO À CRIANÇA

O Estatuto da Criança e do Adolescente em seu Artigo 86, dispõe que a política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, das três esferas da federação.

É com esse propósito que no ano de 1998, surge a Rede Municipal de Atendimento Integrado à Criança e ao Adolescente Vítimas de Maus Tratos. Iniciativa dos órgãos de defesa de direitos Juizado da Infância e Juventude, Conselho Tutelar, Ministério Público e Fórum DCA, que motivados pela necessidade de evitar a duplicidade de procedimentos e acelerar o andamento dos casos que envolvem maus tratos, buscam articular suas ações através do estabelecimento de um fluxo de atendimento, minimizando com isso, a exposição e o sofrimento das crianças e adolescentes vitimados.

A longo desses anos, inúmeras ações foram empreendidas no sentido de melhor conhecer a problemática do município e de criar estratégias de atuação em rede integrada. Novos parceiros foram aderindo à proposta e hoje caminhamos para a consolidação da política municipal de enfrentamento à violência contra a criança e o adolescente através do Plano Municipal.

#### O que é a Rede?

É uma ação articulada dos órgãos de defesa, órgãos governamentais e entidades civis para o enfrentamento sistemático aos maus tratos - negligência, violência, física, psicológica, sexual e institucional - contra a criança e ao adolescente. A ação em rede objetiva oferecer um atendimento de qualidade e potencializar os recursos existentes.

#### São Objetivos da Rede:

- Sistematizar os procedimentos adotados pelos órgãos envolvidos nos casos de maus tratos contra a criança e ao adolescente, normatizando o fluxo do atendimento;
- Criar e melhor estruturar os serviços de prevenção, notificação, identificação, intervenção e acompanhamento dos casos de maus tratos, oferecendo às vítimas de violência, família e agressores atendimento médico, psicoterápico, jurídico e assistência social;
- Desenvolver no Conselho Tutelar um sistema de registro e tratamento de dados, para subsidiar a formulação e implementação de políticas públicas, assim como, monitorar o quadro da violência no município;
- Capacitar profissionais de saúde, educação, direito e assistência social, assim como lideranças comunitárias, na área da violência contra a criança e o adolescente; através de cursos, seminários e material áudio visual;
- Assessorar o CMDCA na elaboração do Plano Municipal de Enfrentamento à Violência Contra a Criança e o Adolescente de Niterói;
- Mobilizar a população, através de campanhas, impressos e vídeos para a necessidade da notificação dos casos de suspeita ou constatação da violência contra a criança;
- Marcar com eventos o Dia Nacional de Combate ao Abuso Sexual e à Exploração Sexual 18 de maio e o Dia Municipal de Enfrentamento à Violência Contra a Criança e ao Adolescente 04 de outubro;
- Implantar Comitês de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente em unidades de saúde, escolas e comunidades;
- Manter o fluxo de informações entre os envolvidos na rede, através de informativo periódico e rede eletrônica;
- Promover ação conjunta de captação de recursos para subsidiar ações e manter

**Anexo VI****REDE MUNICIPAL DE ATENDIMENTO INTEGRADO À CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE MAUS TRATOS DE NITERÓI****TERMO DE ADESÃO**

Eu, .....

....., formalizo a minha adesão à Rede Municipal de Atendimento Integrado à Crianças e Adolescentes Vítimas de Maus Tratos de Niterói, comprometendo-me em:

- Zelar pelo cumprimento da Lei Federal 8.069/90 – ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE e demais normativas legais de garantia de direitos;
- Promover os princípios que norteiam o trabalho em rede: I - cooperação mútua e complementariedade das ações, II - abnegação da promoção individual em favor do fortalecimento da ação em grupo, III - busca pelo consenso como base de sustentação da parceria e IV - proteção integral à criança e ao adolescente como base do consenso ético-político;
- Empreender os esforços possíveis para promover o atendimento com a qualidade e o respeito de direito, às crianças e adolescentes vítimas de violência e seus familiares;

Assim, na presença dos demais abaixo assinados, lavramos o presente Termo.

Niterói, 18 de maio de 2001.

