

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PREVENINDO A VIOLÊNCIA CONTRA  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATRAVÉS DA  
RELAÇÃO INTERPESSOAL, ORIENTADO PELO  
REFERENCIAL TEÓRICO DE JOYCE TRAVELBEE**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0354

Autor: Stähelin, Fabíola

Título: Prevenindo a violência contra cr



972492370 Ac. 241618

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

**FABÍOLA APARECIDA STÄHELIN  
MICHELA LIZZI LAGRANHA  
SANDRA ELISA SELL**

**CCSM  
TCC  
UFSC  
ENF  
0354  
Ex.1**

**FLORIANÓPOLIS, DEZEMBRO DE 1999.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PREVENINDO A VIOLÊNCIA CONTRA  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATRAVÉS DA  
RELAÇÃO INTERPESSOAL, ORIENTADO PELO  
REFERENCIAL TEÓRICO DE JOYCE TRAVELBEE**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
da VIII Unidade Curricular do  
Curso de Graduação em  
Enfermagem da Universidade  
Federal de Santa Catarina.**

**ACADÊMICAS: FABÍOLA APARECIDA STÄHELIN  
MICHELA LIZZI LAGRANHA  
SANDRA ELISA SELL**

**ORIENTADORA: PROF<sup>a</sup> EDILZA MARIA RIBEIRO**

**SUPERVISORAS: ENF<sup>as</sup> MARIA CATARINA DA ROSA e TEREZA GAIO**

**FLORIANÓPOLIS, DEZEMBRO DE 1999.**

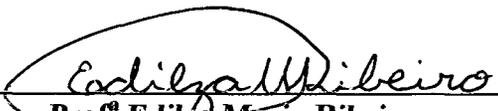
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PREVENINDO A VIOLÊNCIA CONTRA  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATRAVÉS DA  
RELAÇÃO INTERPESSOAL, ORIENTADO PELO  
REFERENCIAL TEÓRICO DE JOYCE TRAVELBEE**

**Fabiola Aparecida Stähelin  
Michela Lizzi Lagranha  
Sandra Elisa Sell**

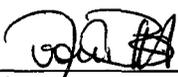
**Trabalho de Conclusão de Curso da disciplina de Prática Assistencial Aplicada,  
da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade  
Federal de Santa Catarina, submetido a Banca Examinadora, sendo aprovado em  
dezembro de 1999.**

**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_  
**Profª Edilza Maria Ribeiro**

  
\_\_\_\_\_  
**Enfª Maria Catarina da Rosa**

  
\_\_\_\_\_  
**Enfª Tereza Gaio**

  
\_\_\_\_\_  
**Profª Ivonete T. S. Buss Heidemann**

*“... quando a mão, arrogante, insiste em apoderar-se do outro, deixa de ser seda para tornar-se garra, fracassando o encontro e abrindo-se para a incorporação (do outro). A singularidade é devorada. A possibilidade de diálogo desaparece. A ternura é substituída pela violência... ser terno com o mundo e os objetos implica inverter o manejo, desistir de agarrar, exercitar o jogo do colher e soltar, sem querer nunca apoderar-se do outro”*

*Restrepo, apud Assis, S. G.*

## **AGRADECIMENTOS:**

À Deus, que habita em cada um de nós dando-nos vida e força. Confiando nessa força inesgotável, é que realizamos mais este sonho.

Aos nossos pais que em todas as circunstâncias foram fundamentais para que pudéssemos chegar ao final desta etapa vitoriosas e com a certeza do dever cumprido. Muito Obrigado. Amamos vocês.

Aos filhos, Daniel de Sandra e Diego de Michela, que permitiram à vivência deste trabalho, participando muitas vezes inconscientemente, e por terem entendido os tantos momentos de ausência. Nosso imenso amor.

Aos que amamos, pela presença constante, pela cumplicidade, pelo apoio necessário, pelo carinho e pela paciência que sempre demonstraram nos nossos momentos de maior ansiedade, dando-nos a certeza de que caminhando juntos podemos chegar a qualquer lugar.

À Profª. Edilza, pela orientação, paciência, carinho e pelo imenso esforço que fez, para ajudar-nos a abrir caminhos frente ao desconhecido.

À Catarina e Tereza, pela supervisão, por compartilharem conosco seus conhecimentos, pela liberdade e credibilidade dispensadas.

Aos agentes comunitários de saúde, pela receptividade, pelo apoio e parceria no desenvolvimento desta trajetória, ajudando-nos a ver que enquanto não pusérmos em ação real nossas forças, não teremos certeza do quanto somos capazes. Obrigada, “seres humanos”!

Aos conselheiros tutelares do continente de Florianópolis, Maria Eunice Mello, Marcelo Fogaça, Marilúcia T. Schauffert, Cristiane S. Claudino e Dulcélio V. Cardoso, pela

receptividade, credibilidade, atenção e acima de tudo pelo carinho com que sempre nos receberam.

Aos funcionários do CSI, pelo carinho e atenção, e pela disponibilidade de espaço muitas vezes cedida, mesmo quando este não existia.

Ao corpo docente da Escola Básica América Dutra Machado e da Creche Joel Rogério de Freitas pela disponibilidade e viabilidade cedida.

À comunidade e líderes comunitários, pela acolhida e pelo espaço cedido.

À Profa. Rosane Nitschke e comunidade da Lagoa da Conceição, pela oportunidade oferecida e por acreditar em nosso trabalho.

À Evelise Furtado Koerich, pela amizade e companheirismo, por todos os seus estímulos e por ter dado “aquela força” na digitação. Valeu Vica!

À Secretaria Municipal da Educação e Cultura de São José, Secretário Fernando Melquíades Elias e equipe, pela acessibilidade e apoio dispensado e por acreditar neste trabalho.

Às crianças/adolescentes e suas famílias responsáveis e merecedoras deste trabalho, que contribuíram para chegarmos onde chegamos, e por tornarem-nos o que somos agora.

Enfim, aos nossos colegas, por todos os momentos compartilhados que nos fizeram grandes amigos e a todos aqueles que acreditaram no nosso trabalho, o nosso Muito Obrigada!

*Dedico este trabalho ao meu filho Daniel por ter entendido os momentos em que precisei ser mais acadêmica do que mãe. Te amo, filho.*

*Sandra*

*Ao meu pai (em memória), por ter me ensinado o valor da educação e, que infelizmente não pôde compartilhar diretamente da concretização deste sonho.*

*Michela*

*Dedico este trabalho aos meus pais e a meu noivo, Emerson, que muito me apoiaram e permaneceram 'presentes' enquanto eu estava 'ausente'.*

*Fabiola*

STÄHELIN, Fabíola A., LAGRANHA, Michela L. e SELL, Sandra E. Prevenindo a violência contra crianças e adolescentes através da relação interpessoal, orientado pelo referencial teórico de Joyce Travelbee. Projeto da VIII fase do Curso de Graduação em Enfermagem, Florianópolis: UFSC; 1999.

## RESUMO

Trata-se de um relatório de prática assistencial desenvolvido como requisito da disciplina de Prática Assistencial Aplicada da VIII Unidade Curricular da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de 27 de agosto a 18 de novembro de 1999, pelas acadêmicas Fabíola Aparecida Stähelin, Michela Lizzi Lagranha e Sandra Elisa Sell, na comunidade do Monte Cristo. Teve como objetivo geral desenvolver o cuidado de enfermagem junto à uma comunidade periurbana de Florianópolis orientado pela Teoria Interpessoal de Joyce Travelbee, visando a prevenção primária e secundária da violência praticada contra crianças e adolescentes. Realizaram-se atividades de educação para saúde, visitas domiciliares com acompanhamentos, participação de eventos com esta temática e parceria com Conselho Tutelar. O público alvo foi crianças, adolescentes, familiares, equipe do PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), professores, membros e lideranças da comunidade. Este trabalho relata uma experiência rica da vida acadêmica e que certamente se reverte à vida profissional e pessoal. Aplicou-se a teoria na prática e a relação interpessoal com as pessoas que aceitaram trabalhar. Viabilizou-se mudanças pretendidas oportunizando às autoras, estimular e envolver pessoas nesse processo de mudança. Pois entende-se que a estrutura social precisa ser acolhedora da criança visando condições que favoreçam seu completo desenvolvimento.

## SUMÁRIO

<b>1 - INTRODUÇÃO E OBJETIVOS .....</b>	<b>11</b>
<b>2 - VIOLÊNCIAS: REVISANDO A LITERATURA .....</b>	<b>18</b>
<b>3 - BUSCANDO O REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>41</b>
<b>3.1 - Biografia de Joyce Travelbee .....</b>	<b>41</b>
<b>3.2 - Marco Conceitual .....</b>	<b>42</b>
<b>3.3 - Pressupostos da Teoria de Travelbee .....</b>	<b>52</b>
<b>3.4 - Pressupostos do Grupo .....</b>	<b>53</b>
<b>3.5 - O Processo de Enfermagem para Joyce Travelbee .....</b>	<b>54</b>
<b>4 - METODOLOGIA APLICADA .....</b>	<b>58</b>
<b>4.1 - Local: Comunidade Monte Cristo .....</b>	<b>58</b>
<b>4.2 - População .....</b>	<b>59</b>
<b>4.3 - Aspectos Éticos .....</b>	<b>62</b>
<b>4.4 – Estratégias Referente a Cada Objetivo Específico .....</b>	<b>63</b>
<b>4.5 - Cronograma das Atividades Desenvolvidas .....</b>	<b>67</b>
<b>5 - RELATANDO O RESULTADO DOS OBJETIVOS PROPOSTOS .....</b>	<b>68</b>

<b>5.1. Objetivo Específico 1 .....</b>	<b>68</b>
<b>5.2. Objetivo Específico 2 .....</b>	<b>74</b>
<b>5.3. Objetivo Específico 3 .....</b>	<b>81</b>
<b>5.4. Objetivo Específico 4 .....</b>	<b>102</b>
<b>5.5. Objetivo Específico 5 .....</b>	<b>115</b>
<b>5.6. Objetivo Específico 6 .....</b>	<b>132</b>
<b>6 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E NÃO PLANEJADAS .....</b>	<b>136</b>
<b>7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>139</b>
<b>8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>144</b>
<b>9 - ANEXOS .....</b>	<b>150</b>
<b>10 - AVALIAÇÃO SUPERVISORAS .....</b>	<b>182</b>
<b>11 - PARECER DA ORIENTADORA .....</b>	<b>183</b>

## 1 – INTRODUÇÃO

*“Nós vos pedimos com insistência:*

*Não digam nunca: Isso é natural!*

*Diante dos acontecimentos de cada dia, numa época em que reina a confusão, em que corre sangue, em que o arbitrário tem força de lei, em que a humanidade se desumaniza,*

*Não digam nunca: Isso é natural!*

*Para que nada passe a ser imutável.”*

Bertold Brecht

Este, é um trabalho da VIII Unidade Curricular da Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, referente a disciplina de Prática Assistencial Aplicada. Foi desenvolvido na comunidade Monte Cristo – Florianópolis, visando a prevenção da violência contra crianças e adolescentes.

Para chegarmos em um ponto comum de decisão do trabalho, que fosse do interesse de todos os membros da equipe, não foi tarefa fácil, dada a diversidade de idéias e barreiras que surgiram na elaboração do projeto. Sabíamos sim, que nosso interesse maior era pelo tema “violência”. Violência esta, que no mundo de hoje, parece tão entranhada em nosso dia-a-dia que pensar e agir em função dela deixou de ser um ato circunstancial, para se transformar numa forma de ver e de viver o mundo do homem, especialmente do homem que vive nas grandes cidades. Os grandes aglomerados humanos se tornam o caldo de todos os tipos de violência. Contudo, quando falamos e/ou nos preocupamos com a violência, sua

primeira imagem, sua face mais imediata e sensível, é a que se exprime pela agressão física, que atinge diretamente o homem (o ser), tanto naquilo que possui, seu corpo; quanto naquilo que mais ama, seus amigos, sua família.

Essa violência, qualquer que seja sua intensidade e forma, está presente nos bairros sofisticados, nas favelas, nos campos de futebol, nas escolas e principalmente dentro de casa. Ela se estende do centro à periferia das cidades, e seus longos braços a tudo e a todos envolvem, criando o que poderíamos chamar ironicamente de uma democracia na violência.

“Devemos considerar como violência, todo e qualquer ato contra a integridade física e moral do ser humano, inclusive, a falta de: vida digna, de empregos, de transporte, de assistência médica, de lazer, de ar puro para respirar, de alimento, moradia, enfim, a falta de condições ideais para que o ser humano possa viver com dignidade. Não se pode perder de vista que a “violência estrutural” acaba provocando a violência praticada pelos integrantes do tecido social no afã de ocupar espaços e obterem o reconhecimento da sociedade, o que nem sempre é possível diante do quadro sócio-econômico pelo qual o Brasil continua passando.” “É necessário destacar, que a violência praticada pela criança e principalmente pelo adolescente não pode ser creditada somente a fatores estruturais, uma vez que se tem uma série de influências negativas no próprio meio familiar e social.” Cardoso, (internet [www.angelfire.com/ms/veralucia](http://www.angelfire.com/ms/veralucia))

Assim, a violência contra crianças e adolescentes é tanto estrutural como pessoal. A violência como conceito, está longe de ser homônima e tem também sua origem no caráter pessoal, igualmente, um indivíduo que exerce uma violência do tipo pessoal, resulta então, de um processo de socialização, em condições de violência estrutural. Porém, ao realizarmos esta prática e desenvolvermos uma revisão bibliográfica sobre a questão, percebemos o quão diversificadas são suas causas.

O viver em sociedade foi sempre um viver violento. Por mais que voltemos no tempo, a violência está sempre presente, ela sempre aparece em suas várias faces.

Embora as várias formas de violência contra crianças e adolescentes atinjam todas as camadas sociais, existem peculiaridades que distinguem algumas manifestações violentas dos distintos grupos.

Recuando no tempo, vemos que nossos ancestrais, os hominídeos, sobreviveram porque souberam suprir suas debilidades naturais, sua pequena força física, pela inteligência, na construção de artefatos de defesa e ataque. Lembramos também, como ilustração, a magnífica seqüência cinematográfica do filme “2001 – Uma Odisséia no Espaço”, a seqüência inicial, que apresenta o momento em que os macacos descobrem a utilização de ossos como arma contundente e vitoriosa.

Não se pode deixar de reconhecer que uma das condições básicas da sobrevivência do homem, num mundo naturalmente hostil, foi exatamente sua capacidade de produzir violência numa escala desconhecida nos outros animais. Porém, se pensarmos na violência que caracteriza o homem histórico, o homem que vive em sociedades complexas e diferenciadas, percebemos que essa violência ganha contornos diferentes. Essa deixa de ser uma agressividade necessária frente a um universo hostil. Ela de alguma forma se enriquece, pois perde sua forma natural de defesa para ser uma decorrência, da maneira pela qual o homem passa a organizar sua vida em comum com outros homens. Não é só a violência física que destila o viver em sociedade e que apavora o homem: outros temores, outros medos, assaltam-no e acabam também por moldar seu estilo de vida.

Avançamos um pouco no tempo, chegando então na Idade Média, a tradição clássica greco-romana, onde orgulhosamente a cultura ocidental vai buscar suas raízes, é tão carregada de violência, quanto os impérios que a precederam. Não nos esqueçamos também do Brasil Colônia, distinção vivida entre nós, e para que o índio pudesse ser considerado um ser humano, houve a necessidade de uma bula papal, declarando ser ele possuidor de uma alma. E que os negros até 1888 foram considerados como coisas que podiam ser comprados, vendidos, trocados, permutados, gastos de acordo com a vontade soberana de seu senhor.

Nem sempre a violência se apresenta como um ato, como uma relação, como um fato, que possui uma estrutura facilmente identificável. O contrário, talvez fosse mais próximo da realidade.

O homem é um ser essencialmente histórico, o que equivale dizer, é essencialmente mutável. Ele tem sido o que sua sociedade é. Mas é a consciência que o homem tem de si, em última análise, o produto de sua sociedade, que o tem levado a lutar contra as injustiças, as violências, as discriminações, os privilégios, pois só assim ele poderá chegar um dia a uma sociedade em que a violência, se não abolida integralmente, ao menos não flua tão abundantemente de estruturas societárias que a tem como uma condição de sobrevivência. Daí concordamos com Gomes, (1994, p.156), quando afirma que “ainda que não estejamos cientes em nossa sociedade, a violência é fato visto e sentido.”

Partindo dessa idéia geral de violência, dada por um recuo no tempo, e após várias sugestões e idéias, estágios e circunstâncias vividas, optamos pelo tema *Violência contra Crianças e Adolescentes*.

Apesar dos estudos bibliográficos referente ao tema serem um tanto recentes, “a violência sobre crianças e adolescentes acompanha a trajetória humana desde os mais antigos registros” Assis, (1994, p. 126). Além deste fato, e também por se tratar da criança, isto é, do nosso futuro como sociedade, o preparo de serviços e profissionais, estabelecendo formas efetivas de enfrentamento, visando a atenção adequadas às vítimas da violência, necessita ser expandido à sociedade como um todo, envolvendo-os e desenvolvendo consciência crítica (reflexiva) tanto para os níveis primários (incidência), quanto para os níveis secundários (reincidência).

Ainda como bem coloca Deslandes, (1994, p.5) “menos que uma realidade concreta, mais que uma promessa, a atuação da saúde em maus-tratos faz parte de uma nova consciência social de proteção à infância e adolescência que busca se consolidar no país. Na questão dos profissionais de saúde têm fundamental importância, reconhecida e esperada pela sociedade e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, vigente no Brasil desde 1990”.

E por sabermos também, que a violência para com crianças tem se apresentado em índices crescentes nos serviços públicos de saúde, passamos a visualizar esses serviços como locais mais apropriados para que pudéssemos atingir nossos objetivos de levantamento de dados estatísticos, identificação dos casos, promoção e proteção da criança/adolescente. No entanto, achamos por bem envolver a comunidade e a família. Pois “a família como um todo, deve ser tomada como alvo de atuação, evitando-se discriminar ou criminalizar os “agentes

agressores”. Entende-se que a família devidamente atendida, apoiada e orientada constitui o melhor ambiente para o crescimento e desenvolvimento da criança. A família em suas diferentes formas de organização (nuclear, ampliada, substituta), por mais que apresente problemas, é fundamental para o crescimento, o desenvolvimento e a formação da identidade da criança” Deslandes, (1994, p.26).

Assim, não tivemos dúvida quanto a escolha do Bairro Monte Cristo, reconhecendo-o como um dos bairros com maior índice de violência da grande Florianópolis.

Passamos então, a analisar conceituações bibliográficas referentes ao tema proposto, identificando crianças vítimas de violência (física, psicológica, sexual e negligência), como alvo de nossos estudos e atuação de enfermagem, contemplando ainda, o contexto familiar e comunitário ao qual estão inseridas.

Reconhecendo que inúmeras vezes o tratamento a estas vítimas de violência são condicionados pelas limitações estruturais dos serviços a uma prática física, que atende de imediato e muitas vezes somente as necessidades biológicas aparentes, é que nos interessamos intensamente em abordar estas crianças/adolescentes e/ou família em seu contexto, analisando holisticamente a situação.

Baseado em Silveira (mimeo), referindo-se a dados do IBGE, estima-se que no país uma, em cada cinco meninas e um, a cada dez meninos, são vítimas da violência doméstica (interpessoal). Infelizmente, sabe-se que todos os dias crianças vítimas das mais diversas formas de violência dão entrada em serviços públicos de saúde, sendo que muitas vezes o real motivo de sua enfermidade não é identificado. Em outros casos há identificação, porém, muitos profissionais por desconhecerem sua responsabilidade frente ao problema, não realizam a denúncia aos órgãos competentes.

Não podemos negar e nem tampouco nos esquivarmos perante um sentimento de medo ou talvez insegurança que nos ronda representado pela dificuldade ou recusa de nos envolvermos em um problema “alheio” que é também culturalmente reforçado como “um problema de família”.

Não podemos simplesmente fechar os olhos, negar os fatos, fazer de conta que nada acontece, pois as evidências estão presentes em nossas vidas e se perpetuarão nas futuras gerações se ações não forem instituídas para contê-las.

Conscientes de que a violência tem repercussão direta sobre a saúde e construção de um ser humano, sentimos a necessidade de nos envolvermos com esses clientes, comunidade e família, numa relação interpessoal (pessoa-a-pessoa) de Joyce Travelbee, pois a empatia que esta relação favorece nos torna “despidos” de preconceitos, para construirmos uma nova história onde enfermeira/cliente, podem e devem, ser favorecidos com o aprendizado advindo da experiência, até a pouco de conotação unicamente negativa.

*“Meus sentimentos são como minha impressão digital, como a cor dos meus olhos, e o tom da minha voz: únicos e irrepitíveis. Para você me conhecer é preciso que conheça meus sentimentos. Minhas emoções são a chave para minha pessoa. Quando lhe dou essa chave, você pode entrar e compartilhar do que tenho de mais precioso para lhe oferecer: EU MESMO”*

*John Powrll*

Ressaltamos, que como enfermeiras muito temos a fazer na luta contra a violência infanto-juvenil, porém, ultrapassa-se a esfera de atuação específica, sendo fundamental a presença de uma equipe multidisciplinar não só da área da saúde.

Partindo de tudo que foi referenciado, concluímos então, que a lei do silêncio precisa ser rompida e a liberdade de expressão conquistada.

É essencial além de cobrar medidas concretas dos órgãos públicos, que comecemos a refletir coletivamente sobre toda a violência que ocorre na sociedade, especialmente sobre aquelas em que temos mais possibilidades de atuar, como são as que ocorrem no interior da família, na escola e em nossa comunidade.

Educadores que atendem a esta população, em escolas públicas ou particulares, possuem papel fundamental para estimular também, um novo momento para a escola, em que os problemas sejam colocados à mesa, em busca de soluções.

*“Se o investimento nas crianças não for realizado, todos os problemas mais fundamentais e de longo prazo de toda a humanidade continuarão sendo sempre problemas fundamentais e de longo prazo”.*

*Fundo das Nações Unidas para a Infância apud Despertai!*

Dada a conjuntura descrita são objetivos desse trabalho:

#### Objetivo Geral:

Desenvolver o cuidado de enfermagem junto à uma comunidade periurbana de Florianópolis orientado pela Teoria Interpessoal de Joyce Travelbee, visando a prevenção primária e secundária da violência praticada contra crianças e adolescentes.

#### Objetivos Específicos:

- \* Aprofundar conhecimentos teóricos sobre violência e violência contra crianças e adolescentes.
- \* Situar-se frente a proposta de trabalho da equipe do PSF, Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e da Comunidade do Monte Cristo, conhecendo a realidade geradora da violência contra crianças e adolescentes.
- \* Integrar-se nas atividades de prevenção primária e secundárias com relação a violência contra crianças e adolescentes executadas pela equipe do PSF, PACS, desenvolvendo práticas assistenciais em diferentes contextos da comunidade Monte Cristo.
- \* Integrar-se nas atividades desenvolvidas pelo Conselho Tutelar nos casos de violência contra crianças e adolescentes ocorridas na comunidade do Monte Cristo.
- \* Aplicar o processo de enfermagem orientado pela Teoria de Joyce Travelbee nas práticas desenvolvidas.
- \* Realizar avaliação quantiqualitativa dos casos de violência acompanhados.

## **2 - VIOLÊNCIAS: REVISANDO A LITERATURA**

O tema violência tem preocupado as nações do mundo inteiro pelo seu desenfreado avanço que não escolhe vítimas, envolvendo a todos indistintamente, levando-nos a pensar, com muito espanto, que seja esse o único movimento totalmente “democrático”, o qual não distingue raça, cor, sexo, idade, nível social ou religião.

Com grande frequência cidades ou bairros são classificados como violentos. Numa análise mais crítica, percebemos que se existem cidades com tais características, é porque seus habitantes ou são violentos em virtude de uma formação educacional distorcida, ou assim se tornaram em virtude do próprio ambiente humano.

### **Ambiente Social e Violência**

Escritores, pensadores, cientistas de todas as categorias são unânimes em afirmar que o ambiente social é responsável pelo comportamento bom ou mal do homem, exceção feita naturalmente ao comportamento anti-social causado pelas doenças mentais congênitas.

Adler (1970, p.249), atribui os desajustamentos sociais, ao sentimento de inferioridade contra o qual o indivíduo trava uma luta em busca da superioridade. Segundo o autor, as expressões “complexo de inferioridade e de superioridade” já significam resultados proveniente de um desajustamento. Esses complexos não estão no plasma germinativo, não existem no sangue, na genética, aparecem simplesmente no curso da interação do indivíduo e do ambiente social. Coloca que o complexo de inferioridade do homem em resposta à

repressão e a injustiças sociais que o esmagam, cria mecanismos de escape anti-social, freando a conduta criminosa.

Para Brito, (1988, p.236), “o crime está intimamente ligado à organização social em que se insere, assim como a formação das estruturas dinâmicas da personalidade é inseparável das condições culturais específicas dentro das quais ocorrem.”

A violência tem origens, em fatores externos do indivíduo, os mais diversificadas.

O homem assemelha-se a certas espécies de animais quando entra em conflito com os de sua própria espécie, e é dentre as espécies a única em que o ato de lutar é destruidor, comete assassinatos em massa e possui desajustes dentro de seu próprio meio. O homem é capaz de destruir por amor ou por ódio, para viver ou “deixar sua marca”. “O homem busca o drama e o arrebatamento, quando não pode obter satisfação a um nível mais alto, ele cria para si o drama da destruição.” Fromm, (1979, p. 30)

As causas preocupantes da violência também devem ser procuradas na natureza do homem - sua índole, além daquelas encontradas na sociedade – seu ambiente.

### **Violência e Instintos: Outros Ângulos de Visão**

Enquanto muitos autores definem a violência como uma qualidade inata do indivíduo, uma categoria natural herdada de seus ancestrais primitivos e selvagens, Fromm (1979) refuta-a afirmando: “Se a agressão humana estivesse no mesmo nível que a de outros mamíferos, particularmente à dos que lhe são mais próximos (os chimpanzés) a sociedade humana seria perfeitamente pacífica e não violenta. Mas isso não acontece. A história do homem é um registro de extraordinária destrutividade e crueldade. A agressão humana parece sobrepassar de muitos à dos ancestrais do homem, sendo este, em contraste com a maioria dos mamíferos um autêntico assassino.”

A preocupação com o comportamento agressivo do homem começou na década de 60, em virtude do recrudescimento da violência e da destrutividade em âmbito nacional, as lutas armadas entre irmãos – as guerras civis – e em âmbito universal – as guerras mundiais.

O poder de destruição adquirido mormente pelas nações em litígio durante a 2ª Guerra Mundial atemorizou a humanidade, pois a violência havia ultrapassado os limites do ponderável pela exploração de duas bombas atômicas.

Em 1961 e 1967 surgiram nos meios científicos dois livros do escritor Robert Andrei destinados a demonstrar que a agressividade do homem tinha origem em seus instintos.

Em 1966 surgiu a obra de Konrad Lorenz, estudioso dos peixes e pássaros, que se tornou best-seller, com sua argumentação de que a violência tinha origem na natureza animal do homem. Portanto, era ingovernável.

Em 1973, ocorreu o lançamento do livro de Erich Fromm: Anatomia da Destrutividade Humana. Psiquiatra e cientista contemporâneo, renovador da psicanálise, condensou no livro 30 anos, experiências clínicas e de acumulação de resgatar o homem da crueldade de um mundo esmagado pela violência. Fromm (1979), chegou a uma conclusão diferente: a agressividade humana não tem origem em sua constituição biológica. “A agressão e a destrutividade não são fatos biologicamente dados e nem impulsos que fluem espontaneamente (...)” Distingue no homem duas espécies de agressão ou formas violentas de responder aos estímulos: “A primeira que compartilha com todos os animais é um impulso filogeneticamente programado para atacar (ou fugir) quando interesses vitais acham-se ameaçados.” Esta espécie de agressão instintiva é uma das manifestações da características do ser vivo denominada “instinto de conservação”. Esta defesa é na verdade, parte constitutiva da natureza humana. Assim, o que é inato, instintivo no homem não é a forma de reagir, mas a reação em si, necessária à sobrevivência. Esta reação defensiva, Fromm (1979) denominou “Agressão inata biologicamente adaptativa”, enquanto a “necessidade de defender-se e de lutar pela vida é inata e instintiva, como a busca de alimentos. E a proteção, a maneira de proceder, ou seja, a resposta agressiva ou não, está subordinada às condições morais, espirituais e intelectuais do homem inteiramente consciente. Nos animais irracionais estas reações são programadas pela natureza e são inconscientes. O outro tipo, o da agressão “maligna”, isto é, “a crueldade e a destrutividade”, é específico da espécie humana e

virtualmente não existe na maioria dos mamíferos; não é filogeneticamente programado, nem biologicamente adaptativa; não tem finalidade alguma e sua satisfação é voluptuosa e lúbrica.

Os estudos paleontológicos e antropológicos demonstram que as classificações das ações e reações violentas do homem como inatas não podem ser sustentadas e oferece um cabedal imenso de provas. Se a violência fosse obra dos instintos, todos os homens seriam violentos em todas as épocas e em todos os lugares.

### **Contemporaneidade x Violência**

Os estudos feitos sobre o tema reportam-nos as mais diversas teorias, algumas com sugestões práticas para o controle das violências, outras com descrições detalhadas do comportamento humano e sua escalada evolutiva e outras, apontando a necessidade óbvia de mudança comportamental, com empreendimento na educação e esforço integrado da população, numa caminhada que certamente será lenta porque implica em renovação de valores culturais e crenças que estão fortemente enraizadas nas famílias, escolas e sociedade em geral.

A violência explícita, que choca o mundo, que mostra sangue e tragédia, a qual ainda causa na maioria da população sentimentos de repulsa e medo, levam a pânico, os mais próximos do evento que lamentam as perdas, mas não sabem exatamente para que lado caminhar. Escondendo-se de seus próprios medos passam a desacreditar nas possibilidades de mudança do quadro atual, exigindo justiça, ou fazendo-a “com as próprias mãos”.

Segundo Cardoso (internet, [www.angelfire.com/ms/veralucia](http://www.angelfire.com/ms/veralucia)), a frustração de uma violência que fica impune transforma um grupo humano em "massa humana" e aí os princípios mais regressivos da humanidade vão se manifestar: frente à injustiça surge a "justiça pelas próprias mãos"; frente ao engano econômico aparece o "saque" e o "quebra-cabeça"; frente à morte de uma pessoa surge a violência quase tribal. É inevitável. A "massa" não pensa. Age, e atua violentamente. A violência gera violência.

"A sociedade pós moderna, particularmente nos países do Terceiro Mundo, apresenta um alto grau de deterioração. Vivemos sob a égide de uma grave crise social, econômica, política, moral e ética. Os valores do passado foram por terra, as ideologias caíram na descrença, a violência impera junto com a impunidade, a corrupção campeia, o desrespeito ao direito alheio se avoluma, prevalece a lei do mais forte ou do mais esperto, a solidariedade desaparece do convívio entre os homens, cada um ou, no máximo, cada família busca proteção ou vantagens. O cinismo predomina sobre a sinceridade, o discurso não corresponde às ações, ter é mais importante que ser, o descrédito e a desconfiança são os sentimentos dominantes" Castellar, apud Cardoso ([www.angelfire.com/ms/veralucia](http://www.angelfire.com/ms/veralucia)).

"Mas fora essa violência sangrenta, a pior de todas e que provavelmente transformou seres tão humanos, em armas poderosas de terrorismo, vem a violência doméstica. Silenciosa e dissimulada, resguardada pelos valores culturais, tão bem defendidos como sendo objeto fundamental à educação, usa e abusa do "poder" dos adultos sobre as crianças, robotizando-as e obrigando-as a desprezar seus próprios pensamentos, calando suas dúvidas, sua criatividade, seus medos e angústias não sendo diferente na escola que, assim como a família, está inserida numa comunidade específica e sofre influências desse ambiente." Cardoso ([internet,www.angelfire.com/ms/veralucia](http://internet,www.angelfire.com/ms/veralucia)) Portanto, é fundamental que mudanças se processem em todos os níveis dessa sociedade, salientando que todos somos atores dessa renovação que ousaríamos arriscar descrevê-la como "tardia mas terrivelmente à tempo", para que todos os empreendimentos sejam voltados à recuperação e porque não "recriação" do mundo, mundo de valores, onde a educação seja voltada ao desenvolvimento pleno do caráter humano, repudiando todo e qualquer ato de coação, formando homens, não somente para a subserviência como até hoje vemos, mas sim, formando homens para serem felizes.

Minayo, apud Meneghel, Giugliani e Falceto, (1998) e Cardoso ([internet,www.angelfire.com/ms/veralucia](http://internet,www.angelfire.com/ms/veralucia)), concordam que a agressividade faz parte do homem, assim como outros aspectos de seu caráter (bons ou ruins). O que diferencia as sociedades é a capacidade que estas têm de controlar essa agressividade, impedindo assim que a violência se estabeleça.

Velho, (apud Fromm, 1979), encara a violência como uma doença de nosso tempo: "Vivemos um momento dramático de nossa história. Estão em vigor mecanismos, os mais discriminatórios de hierarquização, sem que haja reciprocidade (...) Vários autores já

mostraram que os conflitos fazem parte da vida social, e que há sempre mecanismos para lidar com eles. No Brasil, nenhum desses mecanismos está sendo suficientemente capaz para fazer face à gravidade de nossos problemas”

Meneghel, Giugliani e Falceto, (1998), de acordo com uma pesquisa realizada por elas, caracterizaram a “violência como um fenômeno em rede”. Ressaltam que “as instituições como família, escola, sistema judiciário, perpetuam os comportamentos violentos, na medida em que são responsáveis pela manutenção de papéis que condicionam os indivíduos a aceitar ou infligir sofrimento”.

Para o também psicanalista e filósofo Fromm (1979, p.3), “somos levados à analisar as irracionalidades de nosso sistema social e violar os tabus que se escondem por detrás das palavras consagradas como “defesa, honra, patriotismo, liberdade, democracia e progresso”. Para Fromm, (1979, p. 19), “a medida em que as gerações passam vão se tornando piores. Tempo virá em que se mostrarão tão perversas, que passarão a adorar a força. A força será para elas o direito, o respeito ao bem deixará de existir. Finalmente, quando nenhum homem se mostrar revoltado perante as más ações, ou não se sentir mais envergonhado na presença do miserável, Zeus também os destruirá.”

A violência não surge do nada, mas tem suas causas como as têm todos os fenômenos. Temos que nos capacitar para empreender a análise destes, pois enquanto não a fazemos, a violência vai entendendo seus tentáculos cada dia mais destruidores. Poder-se-ia concluir que o homem é ainda mais destrutivo porque criou condições como a da superpopulação ou a de outras constelações que levam à agressão – que se tornam mais normais do que excepcionais ao longo de sua história.

O direito, em todas as sociedades do mundo tem empreendido vigorosos esforços no sentido de manter coesa a sociedade. Mas apesar disto, o que se vê é um crescimento contínuo do aparelho judiciário e policial, e um crescimento da violência ainda maior. No âmbito do direito, o controle da criminalidade se realiza através do processo “crime e castigo”. Se para alguns infratores a lei é fator de amedrontamento, para muitos outros não o é, razão pela qual não se conseguiu até agora sustar o recrudescimento da violência, apesar do aperfeiçoamento dos códigos criminais com penas mais pesadas. O direito preocupa-se tenazmente com as

lesões infligidas pelo indivíduo contra a sociedade, mas é necessário também, preocupar-se intensamente com as lesões que a sociedade está infligindo no indivíduo.

Se as ciências humanas concluem através de estudos científicos que o ambiente é fator decisivo ao comportamento do ser, parece improvável que a punição do criminoso seja a solução para o controle da violência. Para ser eficiente e atingir os fins colimados pela sociedade, é necessário que esse processo seja fundamentado na organização social, por meio da organização do homem na estrutura física da cidade. Genericamente, designamos “violência todos os atos lesivos aos interesses individuais e sociais, sejam eles reconhecidos ou não. Uma variedade de termos são empregados para designar violência: agressão, crime, guerra, greve, estupro, destruição da propriedade pública e privada... Mas vários autores a definem das mais diversas formas qualificativas, as quais citaremos a seguir.

Nogueira (1986, p. 34), citando Silva, assim define a violência: “De uma maneira ampla, a violência pode ser conceituada como ato de força exercido contra as pessoas e coisas, na intenção de devassá-las ou delas se apossar.”

Fromm (1979), define a violência pelo termo “agressão”. “Se chama de agressão, todos os atos nocivos que tenham o efeito de danificar ou de destruir uma coisa com vida. Uma planta, um animal, um homem...”

Vimos em Nogueira (ibidem) a violência definida de um modo irrestrito: “Conseqüentemente a violência vem sempre atingir um bem jurídico tutelado, como por exemplo, a honra, a família, a vida, o patrimônio, o trabalho, os costumes e a própria organização social.”

Para Moraes (1981, p.83), “os atos ilícitos chamados crime. São somente aqueles definidos por lei aos quais se aplica uma pena específica.”

São irrefutáveis as definições de todos os autores, porém, para nós, interagindo com indivíduos das mais diversas categorias sociais, educacionais e de temperamentos variados, definir a palavra que melhor expresse a violência fez-se desnecessário. Desta maneira utilizaremos como sinônimos as palavras agressividade, criminalidade e violência.

## **Criança/Adolescente x Violência**

A adolescência está longe de ser a tão sonhada "idade feliz" e a infância a "idade angelical", a que se referem poetas e escritores. Nos dias atuais, para muitos, esta é uma "fase de tragédias ou de lutas" para vencer todas as formas de violência praticadas contra eles, até mesmo por seus próprios pais no seio da família

Segundo Cardoso ([internet,www.angelfire.com/ms/veralucia](http://internet,www.angelfire.com/ms/veralucia)), atualmente, são agravados no contexto social, diversos problemas sociais como a miséria, sub-moradia, doença, analfabetismo, desemprego, etc, colocando crianças/adolescentes como principal alvo das "mazelas da sociedade capitalista", pelo descaso das autoridades competentes diante da situação.

A violência cotidiana, com ferimentos, tiroteios e ameaças, interfere na formação da criança e do adolescente e em suas atividades na família, na escola e na comunidade. Em vários bairros, muitos deles convivem lado a lado com delinquentes, sendo suas vítimas e, por vez, por eles aliciados.

De acordo com Cardoso ([internet,www.angelfire.com/ms/veralucia](http://internet,www.angelfire.com/ms/veralucia)), "em certas ocasiões, a única solução presente para crianças e adolescentes, pode ser a de procurar o que Erikson chamou de uma identidade negativa, baseada em identificações com figuras negativas mas reais. É preferível ser alguém perverso, indesejável, à não ser nada."

A frágil expectativa de ascensão social, aliada à promessa de retorno financeiro fácil e à visão de elevação do status social, dada por certos grupos ligados a atividades ilegais, sobretudo o tráfico de drogas, direcionam crianças e adolescentes para uma "escolha", que reproduz e incrementa a violência. Crianças e adolescentes empobrecidos, passam então a disputar o mercado de trabalho, com isso a atividade escolar passa a segundo plano, isto quando a desenvolve .

Concordamos com Meneghel, Giugliani e Falceto, (1998), quando afirmam que o "comportamento agressivo dos adolescentes certamente está articulado com as múltiplas

formas de violência, explícitas ou não, que eles vivem no âmbito da família, da escola e de outras instituições da sociedade, muitas das quais com a função precípua de protegê-los.”

Porém, é possível aproveitar essa força agressiva, segundo Cardoso ([internet,www.angelfire.com/ms/veralucia](http://internet,www.angelfire.com/ms/veralucia)), canalizando-a para fins construtivos, como por exemplo, através da criação de fontes de trabalho, de associações juvenis para aprimoramento social, estimulando a prática de esportes, a competição intelectual ou física que leve ao melhoramento da espécie.

Ainda segundo a autora, “para podermos nos relacionar melhor com crianças e adolescentes, é preciso que nos identifiquemos com os aspectos positivos de cada idade, que reconheçamos neles nossa própria infância e adolescência principalmente”. No entanto concordamos e pensamos que, se o adulto puder compreender o verdadeiro significado da agressividade juvenil, ele poderá reconhecer sua própria agressividade e atenuá-la.

### **A Violência e a Família**

A chamada violência doméstica ou então, a violência na família, é um fenômeno que vem sendo estudado por vários profissionais, das mais variadas áreas do conhecimento, cada qual, na busca de uma aplicação coerente para este fenômeno. Existem, nestas áreas, várias correntes que propõem a compreensão do fenômeno, seja com explicações puramente biológicas, psicológicas, sociais ou ainda a mistura delas.

A sociedade tem submetido crianças e adolescentes a inúmeros tipos de violência, sendo a de cunho doméstico uma das mais comuns. Para Azevedo e Guerra (1997), a violência doméstica contra crianças e adolescentes pode ser sintetizada como: “uma violência interpessoal e intersubjetiva; um abuso do poder disciplinar e coercitivo dos pais ou responsáveis; um processo que pode se prolongar por meses e até anos; um processo de completa objetualização da vítima, reduzindo-a à condição de objeto de maus-tratos; uma forma de violação dos direitos essenciais da criança e do adolescente enquanto pessoas e, portanto, uma negação de valores humanos fundamentais como a vida, a liberdade, a segurança; tem na família sua ecologia privilegiada, como esta pertence à esfera do privado, a violência doméstica acaba revestida da tradicional característica do sigilo.”

Barudy (1997), acredita ser a violência doméstica a mais difícil de nomear, ou de reconhecer por ela ser microscópica, privada, exercida sobre os membros mais vulneráveis do sistema social. Nas mulheres (violência conjugal, assédio sexual) e em crianças (maus tratos, negligência, abuso sexual e outros). No seu entendimento, na vida de uma família, os dramas da violência e, dentre eles, os maus tratos contra crianças e adolescentes, emergem de fatores que dependem de uma parte de sua dinâmica interna, e de outra, das perturbações exteriores, e sobretudo da ressonância entre os fatores familiares e do meio. A família é um sistema formado por diferentes elementos em interação com seu ambiente e possui uma estrutura auto-organizadora e hierarquizada.

Barudy (1997), lembra ainda, que a violência intrafamiliar traduz uma disfunção importante da família, e também dos sistemas institucionais e sociais que estão em torno dela. Os gestos de violência exprimem tanto uma situação de abuso de poder, como o sofrimento do agressor e do agredido e ainda dos que estão mais perto.

Morais, (1981), argumenta que quando a violência é resultado de uns modos crônicos de comunicação interpessoal e grupal, ela produz uma soma de fenômenos que darão origem às manifestações dentro da estrutura familiar e grupal, como por exemplo: crianças maltratadas e mulheres espancadas; crianças vítimas de incesto, de agressão sexual; toxicomania e delinquência; prostituição e outros.

A violência trata-se em geral, de um sério problema de uma agressão inacreditável sobre a criança, o bebê, e, o que é pior, efetuada dentro da própria casa, assumindo, pela repetição, o aspecto de uma verdadeira tortura e transformando, desta forma, o que deveria ser o lar, numa prisão, numa armadilha sem escapatória.

A família é uma das instituições sociais em que é mais difícil identificar e nomear a violência. Em todos os grupos sociais existem famílias abusivas. Crianças e adolescentes raramente reconhecem que seus pais podem praticar violência, geralmente designando estas práticas como “agressivas”.

Deslandes (1994), ressalta que “uma das maiores dificuldades para enfrentar a questão da violência na família é que, as pessoas em geral e as próprias vítimas, consideram as agressões como normais, sendo algumas vezes, parte integrante do processo de educação. E

quanto menor for a criança, mais legitimada está a agressão física. Os membros e troncos são os locais do corpo preferidos para a agressão, mesmo entre adolescentes que, a despeito da idade, continuam sendo alvo desta forma de violência. Os motivos desencadeadores desta agressão são principalmente as brigas entre irmãos, a desobediência aos pais e os problemas na escola.”

Portanto, para muitas famílias, o ato de bater, de espancar, apresenta-se como “gestos educativos”, o abuso sexual é um “ato de amor” ou então “necessário para a iniciação sexual”. O parente agressor exige de sua vítima uma fidelidade absoluta e lhe impede a expressão de sua dor e de seu sofrimento.

### **Responsabilidades Profissionais frente as leis:**

Além do conhecimento dos fatores que se evidenciam nas vítimas de maus-tratos e nas suas famílias, os profissionais de saúde, como educadores em potencial, têm obrigações legais com relação ao cumprimento dos direitos das crianças e adolescentes, estabelecidos pela Constituição Federal Brasileira e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, este sancionado em 1990 pela lei nº 8.069, como poderão ser observados a seguir com a análise de alguns artigos do Estatuto.

Art. 13 – “Os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”.

Este artigo está inserido no título II – dos direitos fundamentais – Cap. I, dos direitos à vida e à saúde e explicita o direito que a criança/adolescente tem, quanto sua proteção à vida e a saúde desde o nascimento, bem como, ao desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas.

Creemos que todos nós conheçamos a lei. Mas infelizmente, também temos a consciência que a maioria destas, são linhas decorativas de um estatuto, e assim sendo, contribuimos para que não seja diferente quando não cobramos atitudes, quando não exigimos

nossos direitos, fechamos os olhos para os direitos do outro e principalmente não denunciaremos quando preciso.

Ainda neste capítulo, encontramos alguns direitos mencionados ao atendimento pré e perinatal assegurado à gestante através do SUS, como o art. 8º, que lhe dá direito a ser atendida pelo mesmo médico e quando necessário será propiciado apoio alimentar. No entanto, a seguridade à gestante no atendimento pré e perinatal deixa as vezes, um pouco a desejar, haja visto, as dificuldades encontradas provenientes do sistema público. Mas em contrapartida, muitas instituições públicas ainda prestam a seus usuários, um serviço adequado e de qualidade, fruto de um trabalho de equipe, com filosofia própria, e acima de tudo, compromisso social.

Vale ressaltar, que se tratando do direito à vida e a saúde da criança/adolescente, o Estatuto defende ainda o direito ao alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe, mantendo as condições adequadas ao alimento materno, inclusive quando esta retorna às suas atividades de trabalho. Garante ainda, o direito de permanência em tempo integral de um dos pais ou responsáveis, nos casos de internação hospitalar de crianças/adolescentes.

Nogueira (1991, p.21), ao comentar os artigos do ECA, diz que como direitos de qualquer pessoa, há que se colocar em evidência os direitos à vida e a saúde, pois, como diz o ditado, “a vida é realmente o único bem que a pessoa tem”, já que os outros virão por acréscimo.

Ainda no ECA, o capítulo II – do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade, seus artigos 17 e 18, consistem na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, preservando ainda sua imagem, identidade, autonomia, valores, idéias, etc, sendo dever de todos, zelar pela dignidade da crianças/adolescente, salvando-os de qualquer tratamento violento, desumano, aterrorizante ou constrangedor.

O título VII – dos crimes e das infrações administrativas: capítulo I – dos crimes; seção II – dos crimes em espécie, art. 229 defende que: “Deixar o médico, enfermeiro ou dirigente de estabelecimento de atenção à saúde de gestante, de identificar corretamente o neonato e a parturiente, por ocasião do parto, bem como de proceder aos exames referidos no

art. 10 desta Lei.” terá pena de seis meses a dois anos de detenção e ainda se o crime for culposo, a detenção é de dois a seis meses, ou multa.

Cabe ainda como responsabilidade dos profissionais, o art. 245 do capítulo II – das infrações administrativas: “Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças ou adolescentes”, poderá receber multa de três a vinte salários-de-referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

É importante salientar, concomitantemente a estes artigos do ECA que apontam às responsabilidades dos profissionais de saúde, o artigo 52, das proibições, no capítulo V, do código de ética dos profissionais de enfermagem: “provocar, cooperar ou ser conivente com maus tratos”, embora neste a vítima são esteja especificada, fica claro a postura profissional, estando as penalidades previstas no próprio código.

Nogueira (1991), também comenta a responsabilidade destes profissionais, no que tange este artigo, afirmando ser crime de alçada pública incondicionada, devendo ser avisado à polícia, quando tratar-se de crime próprio ou especial dos profissionais acima citados, por qualquer pessoa que tomar conhecimento de maus-tratos à criança/adolescente.

No entanto, sabe-se que a denúncia de maus tratos contra crianças/adolescentes não acontece como deveria, muitas vezes por medo e/ou preconceito. Porém, fica claro que a denúncia pode ser efetuada por qualquer pessoa e em qualquer circunstância, desde que esta saiba ou desconfie de alguma infração. E que enquanto cidadãos e profissionais, temos o direito e o dever de denunciar as agressões/explorações que ocorrem no nosso dia-a-dia, para que possamos futuramente viver com tranquilidade, dignidade e segurança.

### **Enfermagem x Violência**

A abordagem multidisciplinar, segundo Ludwing, Kreitzer, Grindley apud Ribeiro (1990), “vem sendo utilizada amplamente pelos profissionais da saúde que trabalham com

famílias que maltratam seus filhos. Este tipo de abordagem permite aos enfermeiros, médicos, assistentes sociais e outros profissionais a colaborar na solução deste problema.”

Sabe-se, que grande parte das famílias maltratadas foram vítimas de maus-tratos anteriormente como a única forma aprendida de “educar”. Repassam às futuras gerações o que viveram no passado, muitas vezes justificando com veemência que o método usado para “corrigir” os filhos é necessário à uma boa educação.

Portanto, nesse evidente equívoco de valores, o papel do enfermeiro é ressaltado, pela necessidade de apoiar a família, que traz culturalmente a violência, sem perceber sua dinâmica de abrangência e progressivo aumento com o passar do tempo. Essas famílias precisam ser alvo de cuidado, requerendo uma intervenção educacional apropriada, intensa e a longo prazo.

Segundo Ribeiro (1990), “o enfermeiro é um membro importante da equipe multidisciplinar que atua na assistência aos casos de maus-tratos na infância”.

Portanto, acreditamos que, para o enfermeiro poder trabalhar com a família na temática da violência, precisa de antemão avaliar seus próprios sentimentos, seus valores e despojar-se de preconceitos. Reconhecer a complexidade da violência em família, é a chave para que o enfermeiro não se sinta desestimulado com os obstáculos que surgem durante o processo de mudança dos envolvidos. Deve reconhecer, que alguns comportamentos familiares com relação as violências, são feitos não intencionalmente, pois muitas vezes, a família desconhece sua forma abusiva de relacionamento.

Ribeiro (1990) coloca que “as características e fatores que predispõem ao maltrato da criança, demonstram que a família tem problemas de interação, físicos, psíquicos, econômicos, sociais e/ou culturais, portanto, eles necessitam de assistência.”

Tratar a família como um todo e não somente a criança vitimizada, é sem dúvida uma das mais acertadas decisões que o enfermeiro pode tomar. Sabe-se que a reincidência pode ocorrer e preveni-la por meio de apoio, orientação e acompanhamento da família, torna-se necessário para a redução dos alarmantes índices de casos recorrentes.

Segundo Santos apud Ribeiro (1990), frequentemente as crianças que retornam aos seus lares, correm riscos de 50 % de reincidência do abuso, 25% de dano cerebral e 10 a 20% de risco de vida.

Uma das formas que o enfermeiro pode utilizar para trabalhar a família fazendo educação em saúde referentes ao tema e fazendo um feed-back para validar o trabalho. Ouvir as famílias e ajudar nas suas ansiedades, colocando-se à disposição nos questionamentos, estimulando que falem sobre suas dificuldades e o que aprenderam para tentar superá-las, também é indicado. Além disso, periodicamente também devem ocorrer as visitas domiciliares, para averiguação das mudanças no comportamento da família, já que as limitações do trabalho, não dão garantia de que o tema foi assimilado e aplicado na prática.

Segundo Ribeiro (1990), existe programas de tratamento para pais abusivos. Esses programas, têm como objetivo oferecer suporte aos pais em uma ou mais áreas, na tentativa de moderar ou melhorar os episódios abusivos, aumentar a força dos pais e diminuir a origem do “stress”. Nesses programas, a assistência é oferecida por grupos como: pais anônimos, classe de educação dos pais, grupos de terapia dos pais e centros de auxílio nas crises.

O grupo de pais anônimos, ainda segundo Ribeiro (1990), possuem uma atmosfera na qual a aceitação e encorajamento dos indivíduos que abusam de crianças/adolescentes são mantidos. Tem como meta, ajudar os pais a aprenderem mais sobre si mesmos e para onde devem dirigir suas frustrações. Já as classes educacionais para pais, trabalham o crescimento e o desenvolvimento das crianças e adolescentes, e os cuidados que devem ser direcionados a eles. Assim, o programa auxilia os pais quanto às necessidades da criança/adolescente e relacionamento pais-filhos. O grupo de terapia dos pais, trabalha a auto estima dos mesmos, através de visitas domiciliares onde são encorajados frente as suas experiências infantis. Assim, os pais são ativamente envolvidos e suas condutas positivas e estas são imediatamente reforçadas. O último grupo ressaltado por Ribeiro (1990) é o centro de auxílio nas crises. Nestes grupos, os pais em momentos de crise recebem auxílio para desabafarem suas frustrações. O atendimento, é realizado por profissionais treinados, via telefone durante 24 h e funciona os sete dias da semana. Sua meta, é reduzir a incidência de crianças vitimizadas.

Contudo, pudemos observar que a intervenção da enfermagem na assistência com terapêuticas diversas e com o máximo de resoluções, para as dificuldades da família nestas condições delicadas, é possível, necessária e de suma importância.

Para Grindley apud Ribeiro (1990), o enfermeiro representa uma pessoa coerente para se envolver de perto na prevenção do abuso de crianças e adolescentes, devido ao seu contato freqüente com as vítimas da violência e sua família. Ressalta ainda, que para promover a prevenção, a enfermeira pode agir nos períodos de pré-natal, perinatal e pós-parto, porque através da observação, questionamentos, e do comportamento dos progenitores, poderá encontrar situações de risco onde se expresse violência.

### **Conseqüências da Violência**

Para Silveira (Mimeo), os diversos tipos de violência têm uma série de conseqüências a saber:

#### VIOLÊNCIA FÍSICA

*Conseqüências Físicas:* A violência física leva aos mais variados tipos de lesões, como: queimaduras, feridas, fraturas, cortes e lesões neurológicas irreversíveis.

*Conseqüências Psicológicas:* auto-conceito negativo e auto-estima negativa, comportamento agressivo, dificuldades de relacionamento, dificuldades em acreditar nos outros, infelicidade generalizada.

Outros estudos apontam ainda como conseqüências da violência física:

- retardamento mental; retardo no desenvolvimento intelectual, principalmente na área da inteligência verbal, baixo rendimento escolar.

## VIOLÊNCIA SEXUAL:

### *Conseqüências Físicas:*

- Lesões físicas gerais: hematomas, contusões, fratura, queimaduras de cigarro. As agressões podem fazer parte do prazer sexual ou serem usadas como maneira de intimidar a vítima, controlá-la e dominá-la;
- Lesões genitais: a mais freqüente é a ruptura do saco vaginal. Ainda lesões vulvares e clitorianas.
- Lesões anais: a mais freqüente é a laceração da mucosa anal. As lesões podem se infectar levando a formação de abscessos perianais. As lesões podem ocasionar perda involuntária das fezes.
- Gestação: estas gestações costumam ser problemáticas, aparecendo complicações orgânicas cujos fatores causais são de origem psicossocial. Esses problemas levam a uma maior morbidade e mortalidade materna e fetal.
- Doenças sexualmente transmissíveis: gonorréia, sífilis, herpes genital, Aids, etc.
- Disfunções sexuais: a violência sexual pode deixar seqüelas orgânicas que dificultam ou impedem a concretização do ato sexual.

### *Conseqüências Psicológicas:*

#### Dificuldade de adaptação afetiva

- Sentimento de Culpa: Isto ocorre geralmente devido ao silêncio que a criança é obrigada a manter, através de ameaças do adulto. Ou por ter sentido algum prazer durante a relação que geralmente é aversiva; por se deixar abusar por muito tempo; por sentir ódio do pai ou da mãe que era para amar; a cobrança das pessoas em relação a revelação tardia do abuso que sofria e ainda o fato que pode causar culpa é se a pessoa que agride acusa a criança de ter seduzido.

- Sentimento de auto-desvalorização: pesquisas revelam que as mulheres que sofreram este tipo de violência na infância costumam referir a si mesmas como “putas, cadelas, vacas e bruxas”.

- Depressão: Causada pelo sentimento de culpa e de baixa auto-estima, ocasionadas pelo abuso.

Dificuldade de Adaptação Interpessoal: qualquer que seja é caracterizada por insatisfação e sofrimento.

- Recuo no estabelecimento de relação com homens: algumas vítimas da violência sexual evitam estabelecer relações duradouras com homens, por medo da intimidade. Isto porque a intimidade para estas mulheres significa reavivar uma experiência traumática com um agressor que mantinha uma relação de afeto ou pode ainda estar ligado a um profundo sentimento de desconfiança pelo ser humano em geral.

- Estabelecimento de relações apenas transitórias com homens: Algumas pesquisas relacionam promiscuidade sexual e prostituição com violência sexual na infância e adolescência. De uma forma que muitas adolescentes vitimizadas fogem de casa e se prostituem para própria sobrevivência. Segundo Herman (apud Silveira mimeo), “a relação entre prostituição e incesto pai-filha está no fato de que o pai, ao abusar sexualmente de sua filha, força-a a pagar com o seu corpo pelo afeto e pelos cuidados que deveriam ter-lhe sido dispensados gratuitamente. A criança aprende que seu corpo pode ser comercializado.”

- Tendência a supersexualizar relações com homens – Esta, pode estar ligada à incapacidade de distinguir relação sexual e afeto. Em outros casos, as mulheres aparecem com uma necessidade compulsiva de relações sexuais, estas servem para provar que são amada e sentirem-se adequadas.

#### Dificuldade de Adaptação Sexual

- Negação de todo e qualquer relacionamento sexual: Está relacionado a fobias que bloqueiam o desejo sexual relacionadas, por sua vez, a aspectos traumáticos da violência sexual sofrida.

- Incapacidade de relações sexuais satisfatórias: Consiste em dificuldades para atingir o orgasmo ou experiências de orgasmo não satisfatórias. Como consequências existem estudos que apontam: gestos e tentativas de suicídio; problemas de personalidade, incluindo culpa, ansiedade, medos e depressão e alguns mais agudos como psicose, auto-mutilação, obesidade, anorexia, crises histéricas, etc.; fugas do lar; retração, frigidez; agressão, desordens de personalidade do tipo agressivo, delinquência crônica; abuso de drogas e de álcool.

#### NEGLIGÊNCIA

*Conseqüências Físicas e Psicológicas:* Crescimento deficiente; problemas de saúde; fadiga constante; problemas na conduta; privação cultural; sentimento de rejeição e menos valia; desnutrição; depressão.

#### VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

*Conseqüências:* Estas conseqüências podem ser imediatas e de longo prazo e variam desde os diversos tipos de distúrbios de comportamento a doenças psicossomáticas e distúrbios na aprendizagem.

### **Identificação dos Casos de Violência**

Segundo Deslandes, (1994), as crianças violentadas e sua família costumam apresentar reações parecidas, que são indicadas como comportamentos extremos ou continuados, no entanto, não é recomendado a análise de qualquer fator isoladamente.

Segundo a autora “pistas” úteis para a identificação de casos de violência sexual, física, psicológica e negligência são:

## - VIOLÊNCIA FÍSICA

<b>Indicadores físicos da criança/adolescente</b>	<b>Comportamentos da criança/adolescente</b>	<b>Características da família</b>
Presença de lesões físicas como queimaduras, feridas, fraturas que não se adequam à causa alegada. Ocultamento de lesões antigas e não explicáveis.	Muito agressivo ou apático. Extremamente hiperativo ou temeroso; tendências autodestrutivas; teme aos pais; alega sofrer agressão dos pais; alega causas pouco viáveis às suas lesões; apresenta baixo conceito de si; foge constantemente de casa; tem problemas de aprendizagem.	Ocultas as lesões da criança ou as justifica de forma não convincente ou contraditória; descreve a criança como má e desobediente; defende disciplina severa; abusa de álcool e/ou drogas; tem expectativas irreais da criança. Tem antecedentes de violência na família.

## - NEGLIGÊNCIA

<b>Indicadores físicos da criança/adolescente</b>	<b>Comportamentos da criança/adolescente</b>	<b>Características da família</b>
Padrão de crescimento deficiente; apresenta vestimenta inadequada ao clima; problemas físicos ou necessidades não atendidas; fadiga constante e pouca atenção.	Comportamentos extremos: hiper ou hipoativo; assume responsabilidades de um adulto; comportamentos infantis ou depressivos; contínuas ausências ou atraso à escola e consultas médicas.	Apática e passiva; não parece se preocupar com a situação da criança; não busca resolver as necessidades de atenção da criança; baixa auto-estima; abusa de álcool e/ou drogas; apresenta severo desleixo com higiene e aparência pessoal.

## - VIOLÊNCIA SEXUAL

<b>Indicadores físicos da criança/adolescente</b>	<b>Comportamentos da criança/adolescente</b>	<b>Características da família</b>
Dificuldade de caminhar. Apresenta nas áreas genitais ou anais: dor ou inchaço; lesão ou sangramento; infecções urinárias; secreções vaginais ou penianas; baixo controle dos esfíncteres. Pode apresentar DSTs, excessiva vergonha; enfermidades psicossomáticas; alega ter sido abusada.	Vergonha excessiva; auto-flagelação; comportamento sexual inadequado para sua idade; regressão a estado de desenvolvimento anterior; tendências suicidas; fugas constantes de casa.	Muito possessiva com a criança, negando-lhe contatos sociais normais; acusa a criança de promiscuidade ou sedução sexual; o agressor pode já ter sofrido esse abuso na sua infância; acredita que a criança tem atividade sexual fora de casa; crê que o contato sexual é forma de amor familiar; conta estórias alegando outro agressor para proteger membro da família.

## - VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

<b>Indicadores físicos da criança/adolescente</b>	<b>Comportamentos da criança/adolescente</b>	<b>Características da família</b>
Problemas de saúde: obesidade; afecções da pele; problemas de tartamudez; comportamento infantil: urina na roupa ou cama; chupa dedo.	Problemas de aprendizagem; comportamentos extremos de agressividade ou de timidez, destrutivo ou autodestrutivo; problemas com o sono; baixo conceito de si: depressivo, apático; tendência suicida.	Tem expectativas irreais sobre a criança; rejeita; aterroriza; ignora; isola; exige em demasia; corrompe. Descreve a criança como muito má, diferente das demais.

Deslandes, (1994) enfatiza ainda, as formas para identificar uma gestação de alto risco, onde há demasiadamente a possibilidade de deformidades fetais, e de problemas psicossomáticos sofrido pela mãe, como: o desejo de doar seu filho ao nascer e depois muda de idéia, tendo então, uma gravidez indesejada; ter sido recentemente abandonada pelo esposo ou companheiro; demonstrar grande apatia diante da gravidez e nascimento da criança; já ter abusado de outro filho; já ter espancado o feto socando a barriga; já ter tentado aborto sem sucesso, e fazer uso de drogas e/ou álcool.

Estas “pistas” podem estar associadas a outros problemas, mas servem como um alerta à equipe, para uma investigação mais apurada.

As crianças apontadas como especialmente propensas a serem maltratadas são as prematuras, mentalmente deficientes, indesejadas, mal formadas congenitamente ou de hábitos difíceis (não dormem nunca à noite, choram muito, hiperativas, anoréxicas).

Os agentes de saúde poderiam incluir no conjunto de suas atividades a orientação familiar sobre violência contra crianças e adolescentes e a identificação de famílias abusivas, encaminhando o caso para equipe multiprofissional de saúde.

Outros indicadores da violência segundo Silveira, (Mimeo) são:

- Aparência descuidada e suja;
- Desnutrição;
- Doenças não tratadas;
- Tensão, estado de alerta;

- Tristeza, abatimento profundo;
- Excessiva preocupação em agradar;
- Comportamento sexual explícito;
- Masturbação visível e contínua;
- Brincadeiras sexuais agressivas;
- Relutância em voltar para casa;
- Não participa das atividades escolares;
- Tem poucos amigos;
- Não confia em adultos;
- Choro sem causa aparente;
- Comportamento rebelde.

Para fazer frente a violência doméstica, pode-se então, citar uma série de procedimentos de atuação como:

- Encorajar os pais a fornecerem as informações do fato procurando mostrar que o interesse é de ajudar a criança e a família como um todo;
- Tomar a família como alvo de atenção, considerando que tanto a criança vitimizada como o seu agressor devem ser beneficiados nas condutas terapêuticas e assistenciais;
- Entender que a criança só deve ser afastada de seu lar em quadros graves ou com risco de vida, pois as tentativas de institucionalização dessas crianças constitui para elas mais uma violência.
- Notificar obrigatoriamente os casos identificados de violência aos órgãos competentes próximos. A denúncia pode ser anônima. A notificação não pode ser encarada como um ponto final da atuação do profissional e sim, uma forma de garantir que esta família continuará recebendo atenção.

Também seria interessante trabalhar com mães em pré-natal, discutindo com elas a violência sofrida pela crianças de uma forma geral, como se apresenta cada tipo, suas consequências e como pode ser evitada. Pois muitos sentimentos manifestados durante a

gestação pode ser manifestado no puerpério. Caso alguma suspeita tenha surgido em questão da violência chamamos de gestação de alto risco.

### **3 - BUSCANDO O REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 - Breve Histórico sobre Joyce Travelbee**

Joyce Travelbee, nasceu em 1926. Completou sua graduação em enfermagem em 1946 em New Orleans. Em 1956 fez Bacharelado em Educação concluindo seu mestrado em 1959. Em 1973 iniciou Doutorado na Flórida mas não o completou pois faleceu no mesmo ano.

Atuou em Enfermagem Psiquiátrica, como educadora e escritora. Em 1963 iniciou publicando artigos em revistas de enfermagem. Seu primeiro livro foi publicado em 1966 intitulado “Intervenção em Enfermagem Psiquiátrica”.

Travelbee, (1979), afirmou que a enfermagem “Necessita de uma revolução humanística – um retorno para focalizar a função do cuidado da enfermeira – no cuidado para (e) o cuidado sobre pessoas doentes e predizer se isto não ocorreu, pois os consumidores necessitam de um novo e diferente trabalhador de saúde”.

A proposta do modelo de Travelbee possui alguma similaridade com o modelo de Ida Orlando, que foi sua professora durante a graduação. Orlando, estabeleceu que a enfermeira é responsável por ajudar o cliente a evitar e aliviar o estresse das necessidades não satisfeitas, estabelecendo também que a enfermeira e o paciente interagem um com o outro.

### 3.2 - Marco Conceitual

De acordo com Nitschke (1991), o marco conceitual “é uma construção mental que deve comportar uma estrutura lógica de inter-relações entre vários conceitos que o compõe. Serve para direcionar ou guiar o cuidado de enfermagem. No campo da prática assistencial de enfermagem, o marco conceitual deve permear todos os momentos desta prática, atuando como referência sobre o que é importante observar, relacionar e planejar nas situações de interação com o cliente, além de proporcionar uma organização para a reflexão e interpretação do que está sendo vivenciado”.

Optamos portanto, pela teoria interpessoal (relação pessoa-a-pessoa) de Joyce Travelbee, por acreditarmos, assim como a autora, que uma relação seja ela qual for (enfermagem-paciente, enfermagem-familiares, enfermagem-grupos e etc.), far-se-á necessário certos comportamentos como amar a si mesmo transcendendo-se e amando os outros. Pois se um indivíduo não se ama, não respeita a si mesmo, como então, poderá amar e respeitar os outros? ..., pois o amor se expressa por atos e não por palavras e lamentos. O amor é basicamente um ato de vontade, não de emoções.

Pelo fato de alguns conceitos elaborados por Travelbee serem direcionados para a enfermagem psiquiátrica e não abordarem o tema específico VIOLÊNCIA, optamos, auxiliadas por bibliografias complementares, tais como: Orem, (1971); Nitschke, (1991); Grasel, (1996); compor conceitos, adequando-os aos propósitos do presente trabalho.

Assim sendo, os conceitos serão descritos a seguir:

#### **PESSOA**

Pessoa, é definida por Travelbee (1979), como ser humano. O ser humano é um ser único e irrepitível, que está em contínuo processo de tornar-se, envolver-se e mudar.

Ainda segundo Travelbee, o ser humano é conhecido por seus atos e seu comportamento e não por seus pensamentos benévolos que podem jamais traduzir-se em

ajuda concreta. Ele é único e diferente, é uma pessoa capaz de dirigir e controlar sua própria conduta, reconhecer a própria participação em uma experiência e percebê-la correta e válida, reconhecer seu próprio sentimento e comportar-se com eles, ter senso de humor, pensar que os problemas tem solução, aceitar a sua obrigação de atuar, de intervir quando um princípio está em jogo, aceitar as capacidades e limitações de sua condição humana, conhecer e orientar-se dentro do mundo em que vive, e ter habilidades para trabalhar produtivamente com os outros. Estes mesmos seres humanos, necessitam de um propósito para a vida, não para existir simplesmente.

Acrescentamos, que o ser humano é um todo indivisível, racional, dinâmico, reflexivo, criativo, sensitivo e segue o princípio da unicidade bio-psico-social-cultural-espiritual, com características próprias que interage com outras pessoas, famílias, grupos e instituições em diversos níveis de aproximação.

A pessoa possui, cria e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico. Desenvolve seu processo de viver e cria a sua história, expõe dúvidas e sentimentos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo apoio a outra pessoa, a grupos e instituições, bem como dá apoio quando solicitado.

## ENFERMAGEM

O papel da enfermagem torna-se claro na prevenção da saúde constituindo-se as funções da enfermeira o estimular, educar em saúde, fomentar e ajudar as pessoas a amarem a si mesmos como quesito para amar aos outros. A Segunda atitude é enfrentar a realidade. As funções da enfermeira neste caso, é ajudar as pessoas a identificar problemas e enfrentá-los de forma realista, por reconhecer seu papel nas experiências e encontrar (se possível) soluções práticas aos problemas da vida. E a terceira atitude, é mostrar um propósito e sentido para a vida; a enfermeira ajuda as pessoas a desenvolver uma filosofia de vida, sustentada nos momentos de pressão e sofrimento.

Para Travelbee (1979), enfermagem é um processo interpessoal onde a enfermeira assiste um indivíduo, família ou comunidade para prevenir ou enfrentar uma experiência de doença e sofrimento e, se necessário, encontrar significado nestas experiências.

## MEIO AMBIENTE

Travelbee não define meio ambiente e sim define as condições humanas e experiências de vida em que o ser humano se depara como dor, doença, sofrimento, esperança, desesperança, entre outras, que podem ser equacionadas.

Definimos meio ambiente sendo o contexto no qual o ser humano está inserido com tudo que o cerca, envolve, influencia e age sobre si mesmo, seus familiares e sociedade de forma direta ou indireta.

É o meio físico, social, cultural, econômico, político e simbólico com o qual a família, grupo, centro de saúde e comunidade interagem dinamicamente. É representado pelos micros contextos (família, escola, trabalho, lazer, religião, comunidade) inter-relacionados e são dinâmicos influenciando-se e influenciando o ambiente maior, representado pelo país, continente, mundo, universo.

Está intimamente relacionado ao espaço que cada um tem a ocupar satisfazendo a necessidade de delimitar-se, ou seja, de expandir-se ou retrair-se.

## SAÚDE

Para Travelbee, saúde foi definida por critérios objetivo e subjetivos. Estado de saúde subjetiva seria o bem estar definido individualmente de acordo com a auto avaliação de seu estado psico-emocional-espiritual. E saúde objetiva é a ausência de doença discernível, incapacidade ou defeito medidos pelo exame físico, levantamento de dados pelo conselheiro espiritual ou conselheiro psicológico e testes de laboratório.

Ampliamos o conceito de Travelbee com a noção de que “os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais da saúde são inseparáveis do indivíduo” (Adaptado de Orem, 1971). Saúde é ainda a capacidade que a pessoa tem, como ser individual e social, de buscar, manter e normalizar seu “bem viver”.

## **DOENÇA**

Assim como saúde, Travelbee define doença sob critérios objetivos e subjetivos. Porém, não usou a definição de doença como sendo uma ausência de saúde, mas de explorar a experiência humana da doença.

Os critérios objetivos adotados por Travelbee relacionados a doença são determinados pelos efeitos externos da doença no indivíduo. Os subjetivos referem-se aos aspectos nos quais um ser humano percebe a ele mesmo como doente.

Assim sendo, acrescentamos que a doença não necessariamente se instala quando o biológico é afetado e sim, quando um conjunto de fatores que envolvem esta pessoa não está em equilíbrio.

Para a pessoa não estar doente tem-se que trabalhar profissionalmente a recuperação de sofrimentos e violência do seu processo de desenvolvimento com capacidade de efetuar as tarefas da vida, bem como, para alcançar com satisfação os objetivos e padrões de vida desejados.

O mal viver caracteriza a doença e é exteriorizado através da relação com outras pessoas e com o ambiente. Poderá ser expresso por queixas de sofrimento e de incapacidade de realização de tarefas.

## **VIOLÊNCIA**

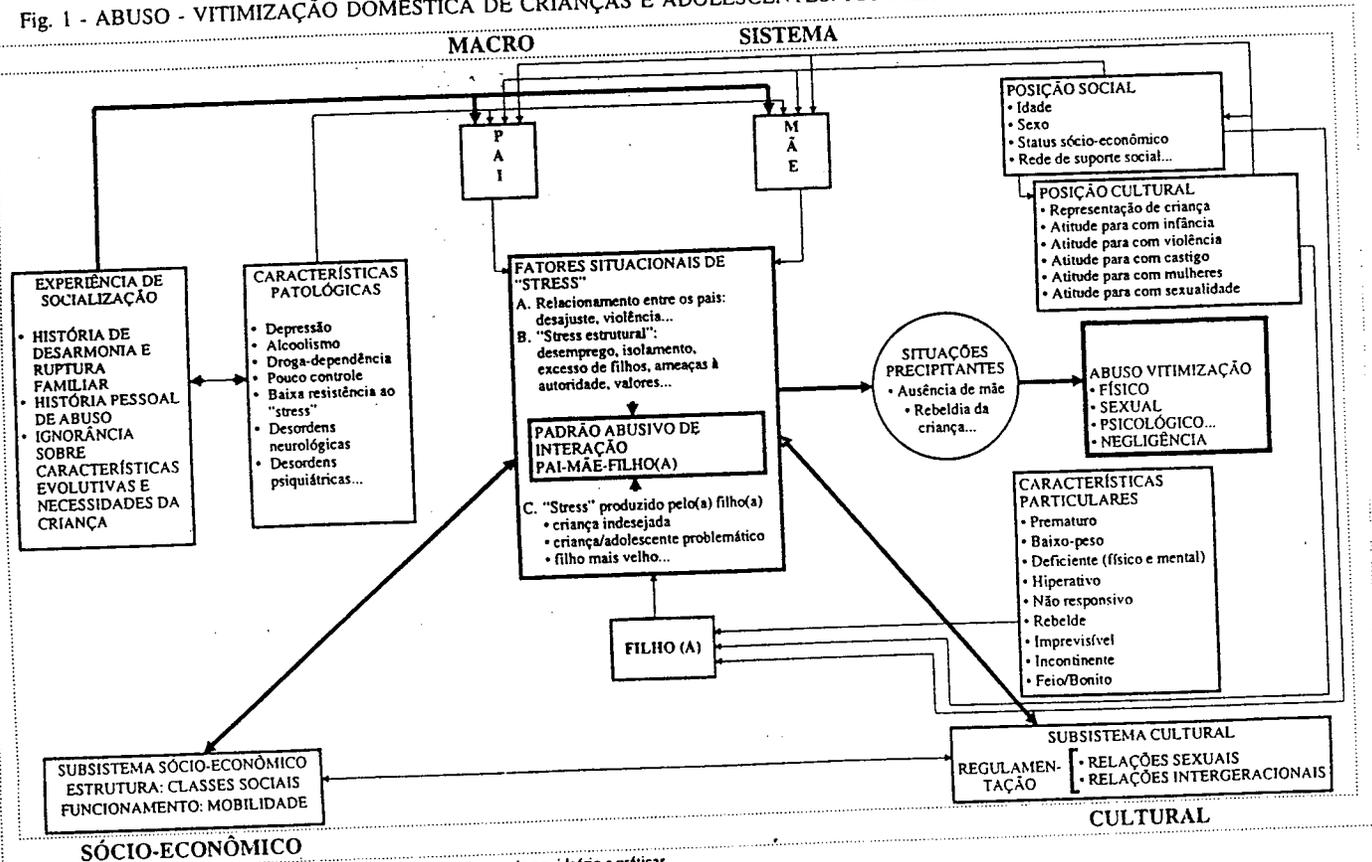
É um fenômeno gerado nos processos sociais, que atinge o âmbito das instituições, grupos e indivíduos, sendo desigualmente distribuída, culturalmente delimitada e reveladora das contradições e das formas de dominação na sociedade. Sua abordagem teórica é metodológica precisa ser interdisciplinar.

A violência age influenciando as formas de socialização, como também está presente nas estruturas organizadas e instituições da família e do sistema social vigente, nas quais encontra-se profundamente enraizada.

Em linha gerais, a violência pode ser classificada em categoria, como: violência estrutural, violência cultural, violência da delinquência, violência da resistência.

O modelo explicativo da violência está alicerçado na multicausalidade que pode ser visualizada no quadro abaixo, apud Azevedo e Guerra, (1997 pág. 42) (a)

Fig. 1 - ABUSO - VITIMIZAÇÃO DOMÉSTICA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES: MODELO INTERATIVO OU MULTICAUSAL



OBS: "PEDAGOGIA NEGRA": padrão potencialmente abusivo integrado por ideário e práticas

**VIOLÊNCIA FÍSICA** - Baseado em Deslandes, (1994, p. 13-18); Assis, (1994, p. 17-19) e Silveira, (Mímeo)

Qualquer ação, única ou repetida, não acidental (ou intencional), ou os atos de omissão intencionais, não acidentais, perpetrada por um agente agressor adulto ou mais velho, geralmente praticados por parte dos pais ou responsáveis, provocando dano físico à criança ou ao adolescente, deixando marcas evidentes. Este dano causado pelo ato abusivo pode variar de lesão leve a conseqüências extremas como a morte

**VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA** - Baseado em Deslandes, (1994, p. 13-18); Assis, (1994, p. 17-19) e Silveira, (Mímeo)

É uma das formas de violência mais difícil de ser detectada, caracterizada e conceituada, estando presente não apenas na família, mas também em outros espaços de convivência da criança/adolescente.

Apresenta-se sob as formas de rejeição, onde não reconhece o valor da criança/adolescente, nem a legitimidade de suas necessidades; isolamento, tentando afastá-las de experiências sociais normais, impedindo-as de ter amigos e fazendo-as crer que estão só no mundo; aterrorização, através de agressões verbais, instaurando o clima de medo, aterrorizando-as e fazendo-as crer que o mundo é hostil; ignorância, não estimulando seu crescimento emocional e intelectual; através da criação de expectativas irreais ou exigências extremadas sobre o seu rendimento escolar, intelectual e esportivo; e interferindo negativamente sobre a criança/adolescente, induzindo a uma auto-imagem negativa e ao fraco desempenho ou estimulando na criança um padrão de comportamento destrutivo.

Ainda a depreciação, discriminação, desrespeito, utilização de criança como objeto para atender as necessidades psicológicas dos adultos, cobranças, punições exageradas são formas de violência psicológica e podem trazer graves danos ao desenvolvimento da criança.

**VIOLÊNCIA SEXUAL** - Baseado em Deslandes, (1994, p. 13-18); Assis, (1994, p. 17-19) e Silveira, (Mímeo)

Quando existe um ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual, cujo agressor esteja em estágio de desenvolvimento psicosexual mais adiantado que a criança ou adolescente. Tem por finalidade estimulação sexual. Estas práticas eróticas e sexuais são impostas às crianças ou aos adolescentes através ou não de violência física, ameaças ou induções de sua vontade. Este tipo de abuso pode variar de atos em que não existam contato sexual (voyeurismo, exibicionismo), aos diferentes tipos de atos com contato sexual, sem ou com penetração (com dedos, pênis ou com objetos, na região oral, genital ou anal), inclui carícias, manipulação da genitália, mama ou ânus. Este, engloba ainda a situação de exploração sexual visando lucros, como por exemplo a prostituição e pornografia.

**NEGLIGÊNCIA** - Baseado em Deslandes, (1994, p. 13-18); Assis, (1994, p. 17-19) e Silveira, (Mímeo)

Entende-se como negligência, não dar a criança/adolescente aquilo que necessita, quando isso é essencial ao seu desenvolvimento sadio. Pode significar omissão em termos de cuidados básicos como: privação de medicamentos, alimentos, ausência de proteção contra inclemências do meio (frio, calor). É uma violência de detecção muito delicada, em função do tênue limite entre a precariedade sócio-econômica da família e o descaso do cuidado familiar.

“O atraso da vacinação e desnutrição continuada merecem atenção pois podem indicar negligência”. Deslandes, (1994, p.17)

O abandono é uma forma de negligência, que caracteriza-se pela ausência do responsável pela criança/adolescente. Considera-se abandono parcial a ausência temporária dos pais, expondo-a à situações de risco. Entende-se por abandono total o afastamento do grupo familiar, ficando as crianças sem habitação, desamparadas, expostas a várias formas de perigo.

## **CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

São pessoas com possibilidades de ser, estar, fazer e ter, necessitando especialmente nesta fase da mediação de adultos para crescer, desenvolver e transcender.

Desde seu nascimento as pessoas se expressam no mundo pelos seus desejos, necessidades, buscas, criações, produções, dores, sofrimentos e prazeres. Tornam-se em nível crescente de complexidade, um ser bio-psico-social-cultural-espiritual, através de interações que vai fazendo no processo de viver. É racional e sentimental, “através da utilização dos seus dois hemisférios cerebrais, em graus variados conforme tenha sido estimulados em suas relações com os outros seres, sendo assim, elabora significados a partir de seu contexto, de sua visão de mundo. Dessa forma se dá a construção de sua consciência e outras possibilidades (recursos), incluindo aquelas do inconsciente coletivo, que irão guiar seus caminhos no processo de viver. Integra ou não uma família.

É chamada de criança a pessoa que vai de zero a doze anos e de adolescente a pessoa com até dezoito anos. O adolescente individualmente, é uma pessoa em processo de transição entre o ser criança e o ser adulto, caracterizando-se por transformações biológicas, psicológicas, culturais e sociais cujo significado e vivência são dependentes do sexo, classe social e do ambiente. É uma fase que oportuniza novas sensações e experiências como o desenvolvimento da sexualidade, as novas capacidades, o pensar sobre si mesmo e sobre o ambiente que o cerca.

Na busca da sua individualidade e seu confronto com a cultura, o adolescente muitas vezes se diferencia, questiona, contesta e traz idéias e propostas novas, o que em algumas culturas tem gerado situações de mal viver. Fraga, Silva e Feijó, (1996)

## **PREVENÇÃO PRIMÁRIA**

“Todas as estratégias dirigidas ao conjunto da população num esforço para reduzir a incidência ou o índice de ocorrência de novos casos.” As estratégias adotadas para desenvolvermos uma prevenção primária, ainda segundo o autor, incluem de modo geral

programas que abordem a temática (violência) e reforcem os vínculos pais-filhos, como também programas de treinamento (palestras, debates) para pais e crianças/ adolescentes.

Esta é a mais ampla, comparada a outros tipos de prevenção, por se dirigir a todos os indivíduos que possam vir a envolver-se direta ou indiretamente em episódios de violência contra crianças e adolescentes. Azevedo e Guerra, (1997) (b)

### **PREVENÇÃO SECUNDÁRIA**

Neste tipo de prevenção, todas as estratégias estão direcionadas para evitar reincidências de casos de violência contra crianças e adolescentes. “Envolve a identificação precoce da assim chamada “população de risco””. Azevedo e Guerra, (1997) (b)

### **FAMÍLIA**

É o “núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidos (ou não) por laços consanguíneos. Este núcleo por seu turno, se acha relacionado com a sociedade, que lhe impõe uma cultura e ideologia particulares, bem como recebe dele influências específicas” Soifer (apud Miotto, 1994). Está em constante transformação afim de adaptar-se às exigências originárias tanto do mundo interno (membros, sub sistemas) como do externo (outros sistemas). Estão presentes no processo familiar (crescimento/continuidade) duas tendências que se encontram em constante oposição; tendência a homeostase e a tendência a mudança. Miotto, (1994)

### **RELAÇÃO PESSOA-A-PESSOA**

Travelbee, (1979) “A relação pessoa-a-pessoa serve como instrumento necessário para abordagem com o paciente/família/equipe de enfermagem, através da visão destes como um ser humano. Podendo ser analisada sob quatro conceitos básicos: Compromisso emocional, aceitação, atitude imparcial (não julgadora) e objetividade.

Esta relação pessoa-a-pessoa constitui uma meta a ser alcançada. É o resultado final de uma série de interações planejadas entre dois seres humanos: a enfermeira e o paciente. É também uma série de experiências para os participantes, durante as quais, ambos desenvolvem uma capacidade crescente para estabelecer relações inter-pessoais.

Somente se estabelece uma relação quando cada participante percebe o outro como ser humano único. A característica desta relação é que ambos trocam e/ou modificam seu comportamento. Constituem requisitos prévios indispensáveis para desenvolver a capacidade de trabalho na relação pessoa-a-pessoa, o conhecimento, a compreensão e habilidades necessárias para planejar, estruturar, dar e avaliar a atenção.

### **INTERAÇÃO**

Para Travelbee, (1979), todo o contato entre indivíduos que exercem influência mútua através da comunicação verbal e não verbal, é definida como interação.

Completamos ainda, como o conjunto de processos que toma lugar entre os indivíduos. O comportamento deste, é causa e efeito na relação com o comportamento de outrem. Esta interação denota os comportamentos sociais envolvidos quando duas ou mais pessoas estimulam-se por diferentes meios de comunicação e como consequência ocorre mudança do comportamento dos mesmos.

Buscamos neste marco uma conceituação prática de interação, sendo todo um conjunto de processos, dentre eles o de ouvir, cuidar e educar em saúde, que ocorrem entre o enfermeiro, cliente e sua família todos aqueles que fazem parte do contexto ambiental.

## **EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

“A educação em saúde é uma tentativa, através da qual se utilizam as mais variadas experiências e recursos, para levar os indivíduos a atitudes e práticas que redundem em benefício de seu bem-estar, família e comunidade”. Mosquera et Stobaus, (apud Corso e Schwerz 1999).

“Atualmente a educação em saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população”. Corso e Schwerz (1999).

“Neste sentido, a educação e saúde pode contribuir para o conhecimento do processo saúde/doença. Pois, este conhecimento permite ter uma maior compreensão da saúde/doença dos indivíduos, famílias e comunidade, principalmente para a melhoria da sua qualidade de vida, para viver mais saudável. Entretanto, este conhecimento não é o único que pode manter e proteger a saúde de uma população, pois a saúde não é uma mercadoria a ser adquirida, utilizando-se da educação como moeda”. (ibidem)

## **CIDADANIA**

Entendemos como cidadania a qualidade que atribui a alguém ou a um grupo a possibilidade de ser sujeito ativo da construção do destino da sociedade na qual está inserido. Quer seja na sociedade mais ampla através do voto, quer seja na sociedade local através do exercício de deveres e da exigência de direitos, que torna esse grupo ou esse alguém um agente preservador da dignidade humana.

### **3.3 - Pressupostos da Teoria de Travelbee**

- Toda relação pessoa-a-pessoa far-se-á necessário: o estabelecimento, manutenção e término desta relação, constituindo-se em atividades dentro do campo da prática de enfermagem. A meta global mais importante da relação, consiste em ajudar o cliente a reintegrar-se na sociedade.

- Somente se estabelece uma relação quando cada participante percebe o outro como ser único. Uma relação pessoa-a-pessoa só é possível quando enfermeira e cliente transcendem os papéis e cada um percebe o outro como ser humano.
- O conhecimento, a compreensão e as habilidades requeridas para planejar, estruturar, dar e avaliar a atenção durante a relação de pessoa-a-pessoa constituem requisitos prévios indispensáveis para desenvolver a capacidade de trabalho em grupo.
- Uma relação é mais que “falar somente” com outra pessoa, por um determinado tempo e local, uma de suas características básicas está em que ambos, cliente-enfermeira, troquem e modifiquem seus comportamentos.
- O processo de interação também se dá através da educação em saúde com vistas a resgatar a cidadania das pessoas

### **3.4 - Pressupostos do Grupo**

- A pessoa que pratica violência pode modificar o seu comportamento respeitando o outro pela ajuda obtida no processo de relação interpessoal.
- A violência causa sofrimento às vítimas e agressores, reduzindo as condições de saúde dos envolvidos.
- Somente se estabelece uma relação pessoa-a-pessoa e somente é possível trabalhar nesta relação, quando os membros envolvidos concordam com ela.
- Cada pessoa é um ser único, e deverá ser tratado como tal, não podendo ser comparado.
- A relação pessoa-a-pessoa deve se dar no mesmo patamar entre os envolvidos, apesar de suas diferenças.
- Acreditamos que a resposta referente a violência ocorrida, deve surgir da própria criança/adolescente violentada e/ou junto os que praticam violência, através de uma relação interpessoal com a pessoa capacitada para tal.

- Não podemos atuar sobre o dano, mas podemos atuar sobre a pessoa que sofreu a violência ou pratica violência, através da prevenção secundária.
- A auto-estima e a liberdade de expressão devem ser reconquistadas na vítima de violência interpessoal (crianças e adolescentes).
- A pessoa que pratica qualquer tipo de violência, não necessariamente sofre qualquer tipo de dano psíquico.
- Crescemos mais ouvindo e observando do que falando sem conhecimento suficiente sobre o assunto. Por isso, quando abordadas no que não tivermos certeza, o silêncio se pronunciará.
- Todos os casos de violência causam danos às vítimas, seja a curto ou longo prazo, físico, moral ou mental. Uma particularidade (exceção) não pode ser tratada na regra.

### **3.5 - O Processo de Enfermagem para Joyce Travelbee**

Para desempenhar suas funções a enfermeira participa de um processo interpessoal que evolui por etapas superpostas: observação, interpretação, tomada de decisão, ação (intervenção de enfermagem) e apreciação (ou avaliação) de suas ações.

Tanto a enfermeira quanto o cliente no desenvolvimento de um processo passam por todas as etapas, a diferença básica é que a enfermeira tem um propósito determinado, assim como na teoria o conteúdo serve para entender, planejar e avaliar os resultados obtidos no processo interpessoal.

Para aplicação do processo de enfermagem segundo Travelbee, faz-se necessário que o indivíduo possua atitude ou destreza para tanto, isto é: que o indivíduo tenha conhecimento que serve de base para as atitudes; desempenhe sua tarefa com eficácia, segurança e com sentido de oportunidade e avalie o trabalho realizado. Com o conhecimento o indivíduo é capaz de identificar e comunicar conceitos a outros, entende as razões e natureza do trabalho que realiza, atribuindo o conhecimento a uma base teórica. Conhece os meios e métodos para alcançar as mesmas metas, visto que, não existe uma maneira única para interpretar as

observações, e sim vários métodos. Para a realização de um trabalho eficaz, a enfermeira necessita de um certo grau de perícia que a capacite a exercer ações com fim e sentido determinados. Pode-se dizer então, que ela possui a capacidade de saber o quê e como fazer, bem e com segurança. Além disso, a enfermeira deve possuir um sentido de oportunidade; em situações interpessoais, ela compreende e antecipa as necessidades do paciente, atua no ritmo do paciente e reconhece quando deve agir ou não, falar e calar. Em última instância, para avaliar seu desempenho a enfermeira deve observar se houve utilidade para o paciente sua atividade. Se os objetivos foram cumpridos.

Descreveremos a seguir os passos do processo mais detalhadamente.

=> Observação: Constitui a primeira etapa da ação. A partir desta, a enfermeira desenvolve interpretações e interferências, se decide atuar ou abster-se. Não é possível planejar, estruturar, realizar e avaliar ações na enfermagem, sem ser um observador hábil. Observar é dar-se conta, estar consciente, ou concentrar-se no que está ocorrendo em uma situação, implica a análise calculada ou atenção concentrada. A observação é um método ativo, dotado de um sentido e um propósito determinado. O propósito específico consiste em recolher a informação para interpretar e avaliar seu significado e logo traçar uma linha de ação. Recolher informação é um requisito prévio indispensável para planejar, estruturar e avaliar o tipo de atenção que a enfermeira deverá prestar a um determinado indivíduo ou a um grupo de indivíduos. A enfermeira pode ter objetivos provisórios baseados no conhecimento do paciente e de suas necessidades. É provável que seja necessário modificar ou substituir os objetivos durante a interação.

O processo de observação começa quando um evento externo ou fenômeno, estimula os órgãos dos sentidos e seus receptores e é seguido pela formação de uma percepção que lhe confere sentido ou clareza ao que se percebe e conduz ao desenvolvimento de conceitos. Todo o conhecimento do homem vem através de ou se origina nos sentidos.

A informação que a enfermeira recolhe consiste no que vê, ouve, olha, toca, ou seja, em tudo que se percebe através dos órgãos dos sentidos. É importante identificar e recolher a informação antes de interpretar seu significado. A enfermeira tem que ser capaz de dar-se conta e informar sobre o que realmente viu ou escutou antes da interpretação.

Existem alguns obstáculos para o desenvolvimento da capacidade de observação que são o funcionamento inadequado dos órgãos dos sentidos; a observação daquilo que se está acostumado a observar (a familiaridade), que pode ou não induzir o indivíduo a mostrar-se indiferente em uma situação interpessoal. No entanto, é importante lembrar que os indivíduos estão em constante processo de mudança e deve o enfermeiro, observar tudo como se fosse a primeira vez, mesmo que lhe pareça familiar. A incapacidade para separar a informação (o que vê, ouve, olha, toca), da interpretação sobre o significado da situação. Esta interpretação errada pode causar intervenções danosas, inapropriadas e ineficazes. A incapacidade de usarmos todos os sentidos como ouvir, falar, olhar, sentir e escrever principalmente. A incapacidade de analisarmos o fato de todos os ângulos. E a angústia em excesso, fazendo com que a capacidade para compreender diminua e direcionando a observação da enfermeira a detalhes impedindo-a de perceber o contexto da situação.

=> Interpretação: Para realizar tal etapa do processo interpessoal, é necessário que a enfermeira tenha conhecimento e compreensão da informação percebida. A interpretação consiste na explicação da informação, dando significado ao que foi observado. Esta pode ir desde uma opinião até uma hipótese provisória, relacionada com um corpo teórico.

É fácil interpretar objetos e coisas com aparências externas visíveis. Porém, não se pode ver a angústia, por exemplo, como um objeto. São observadas manifestações de comportamento que se interpretam como índices de existência de angústia. O mesmo vale para justiça, humanidade, amor, depressão ou facilidade.

Portanto, a interpretação é comprovada através de confronto com relatos de outros profissionais e com o próprio paciente, através de questionamento direto. (ex.: Suas mãos estão frias, diga-me por que?)

=> Tomada de Decisão: As decisões se situam na esfera do conhecimento, não da ação. A tomada de decisão inclui os juízos, formas e meios de resolver o problema ou comprovar a hipótese. Uma decisão sobre como resolver um problema ou comprovar uma hipótese, também depende do conhecimento pessoal e da compreensão das possíveis alternativas disponíveis em uma dada situação de enfermagem. Isto requer não só uma bagagem teórica, mas também imaginação, criatividade e uma capacidade de compreensão flexível.

=> Ação de Enfermagem: A ação da enfermeira põe em prática as decisões tomadas. É o resultado das decisões e inclui métodos, técnicas e formas de intervenção, assim como a própria intervenção. A ação de enfermagem consiste na execução de decisões adotadas. A ação implica em desempenho e se refere a intervenção da enfermeira: o que faz e como cumpre seus objetivos.

=> Avaliação das Ações de Enfermagem: É a última etapa do processo de enfermagem segundo Travelbee, e se sintetiza na forma de julgar, apreciar, estimar ou valorizar (medir) a qualidade e eficácia da intervenção.

## **4 - METODOLOGIA APLICADA**

### **4.1 - Local: Comunidade Monte Cristo**

Partindo do que conhecemos pessoalmente e por referências bibliográficas de outros trabalhos de conclusão de curso desenvolvidos neste local, podemos destacar que trata-se de uma comunidade formada por famílias migrantes

A comunidade Monte Cristo abrange seis regiões: Monte Cristo, Conjunto Habitacional Panorama, Chico Mendes, Promorar, Novo Horizonte e Nossa Senhora da Glória.

De acordo com o que pudemos observar em campo, a comunidade “cresceu” a nível de infra-estrutura, apesar de algumas casas ainda serem de madeira, coberta por lonas ou pedaços de telhas irregulares, sem delimitação correta dos terrenos.

A renda familiar do local não é fixa, as localidades expressam bem esta diversidade, sendo bem diferenciadas umas das outras. Jardim Atlântico, Conjunto Residencial Panorama e Promorar, são locais onde o ganho salarial gira em torno da classe média baixa (entre trezentos reais a hum mil reais); no Monte Cristo há uma variação de classes entre a média baixa e baixa (girando em torno de 20 a trezentos reais); já no Chico Mendes, Novo Horizonte e Nossa Senhora da Glória as classes sociais predominantes são baixas (de zero a cem reais).

As ruas em sua quase totalidade estão pavimentadas, até mesmo em algumas localidades com becos estreitos.

A falta de organização na construção das casas é evidente, ocasionando a falta de espaço para arborização e hortas, acrescentando a inviabilidade de moradia nos locais onde as

famílias residem, expondo-as a riscos. Neste sentido, a Prefeitura Municipal de Florianópolis está construindo abrigos provisórios, onde as famílias poderão morar enquanto constroem suas casas em locais mais apropriados.

O abastecimento de água é realizado pela CASAN – Companhia Catarinense de Água e Saneamento, nas casas que possuem canalização interna. Porém a precariedade dos encanamentos ainda está presente, dificultando o abastecimento em algumas localidades ocasionando a falta d'água constantemente.

A coleta de lixo é realizada duas vezes por semana, nas casas onde há condição para o tráfego. A Luz é abastecida pela CELESC – Centrais Elétricas de Santa Catarina S/A, porém, os rabichos são frequentes.

O nível sócio-econômico, assim como a escolaridade das pessoas que vivem neste bairro é baixo, e a infra-estrutura é precária. A violência, das mais variadas formas, faz parte do cotidiano destas pessoas, o porte e utilização de armas de fogo, bem como, o comércio de drogas também está presente.

A comunidade dispõe de Centro de Saúde I (CSI) do Monte Cristo, Hospital Florianópolis, Escola de 1º grau – Escola Básica Professora América Dutra Machado, CEASA (local onde conseguem os alimentos gratuitos), Creche Lar Fabiano de Cristo, Creche Promorar, Centro de Atendimento a Criança Chico Mendes, Centro Comunitário Promorar, Centro Comunitário Monte Cristo, Oficina do Saber – Novo Horizonte, farmácia, mercados, vendas, bares e três linhas de ônibus (3 linhas: Promorar, Monte Cristo e Circular) Grasel, (1996).

## **4.2 - População**

Crianças, adolescentes, familiares, equipe do PSF, PACS, professores, membros e lideranças da comunidade foram a população deste trabalho, no âmbito das ações preventivas primária e secundária.

“O PSF (Programa de Saúde da Família) surgiu em 1994, e caracteriza-se como uma estratégia que possibilita uma integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas

identificados. O objetivo do PSF é melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência, voltado para a comunidade, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde. Esta estratégia, que tem ainda como princípio a promoção e a proteção da saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças, ou seja, visa a reversão do modelo assistencial vigente”. Dominguez, (apud Corso e Schwerz 1999)

Segundo o Ministério da Saúde apud Corso e Schwerz (1999), essa estratégia se propõe a trabalhar com o princípio da vigilância à saúde, apresentando como características de atuação: uma prática de saúde inter e multidisciplinar; responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência das suas unidades de saúde. Portanto, constitui-se como uma estratégia fundamental no nível de atenção primária, que é o pilar mais importante do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os objetivos dessa estratégia são:

- Prestar, na unidade de saúde do domicílio assistência integral, contínua com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;
- Intervir sobre os fatores de risco, aos quais a população está exposta;
- Eleger a família e o seu espaço social, com núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- Humanizar as práticas de saúde, através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias, através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida;

- Estimular a organização da comunidade, para o efetivo exercício do controle social.

“A unidade de saúde da família nada mais é, que uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, como uma equipe multiprofissional-interdisciplinar habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção. Representa o primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, que deve assegurar a referência e a contra-referência para os diferentes níveis do sistema, do mais simples ao maior nível de complexidade”. Corso e Schwerz (1999)

“A unidade de saúde da família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade, e pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Recomenda-se que, no âmbito de abrangência de unidade básica, uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1000 famílias, com o limite máximo de 4.500 pessoas”. (ibidem)

“É recomendável que a equipe de uma unidade de saúde da família seja composta de, no mínimo, um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS - 1 ACS para cada 150 a 200 famílias). Esta, tem como base de atuação as unidades básicas de saúde, e suas funções básicas são as visitas domiciliares, internações domiciliares e participação em grupos comunitários”. (ibidem)

PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), “foi formulado tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, através de extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres. O programa também introduziu uma visão ativa da intervenção em saúde, de não “esperar” a demanda “chegar” para intervir, mas de agir sobre ela preventivamente”. Corso e Schwerz (1999).

Baseado ainda em Corso e Schwerz (1999), o agente comunitário de saúde (ACS), deve residir na própria comunidade em que trabalha, constituindo um elo de ligação entre a comunidade e unidade de saúde. Atende aos moradores em suas casas, dando orientações, sugestões, apoio, encaminhamentos... e buscando alternativas para enfrentar situações problemáticas junto a comunidade. O treinamento deste pessoal ocorre no próprio município,

sendo responsável pela capacitação um enfermeiro que também acompanha a atuação dos agentes, e reorienta as ações de acordo com as necessidades constatadas.

#### **4.3 - Aspectos Éticos**

Os envolvidos (população) foram informados do projeto/atividades e foram consultados sobre a concordância em participar do mesmo. As informações levantadas junto ao Conselho Tutelar e domicílios foram compartilhadas apenas em âmbito profissional.

No relatório os nomes dos envolvidos foram alterados para garantir a privacidade, sendo usados como pseudônimos fenômenos da natureza.

Desenvolvemos e manifestamos atitudes coerentes com as normas emanadas do código de ética dos profissionais de enfermagem do estatuto da criança e do adolescente.

Destacam-se alguns artigos do código de éticas dos profissionais de enfermagem, 1996:

“Art. 1º - A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais.

Art. 23 – Prestar Assistência de Enfermagem à clientela, sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 28 – Respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente.

Art. 35 – Solicitar consentimento do cliente ou do seu representante legal, de preferência por escrito, para realizar ou participar de pesquisa ou atividade de ensino de Enfermagem, mediante apresentação da informação completa dos objetivos, riscos e benefícios, da garantia do anonimato e sigilo, do respeito a privacidade e intimidade e a sua liberdade de participar ou declinar de sua participação o momento que desejar.”

#### **4.4 – Estratégias Referente a Cada Objetivo Específico**

4.4.1 - Aprofundar conhecimento teóricos sobre violência e violência contra crianças e adolescentes.

Estratégias:

- \* Revisar referências bibliográficas sobre a violência contra crianças e adolescentes.
- \* Realizar discussões sobre o tema com a equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) e profissionais do Conselho Tutelar.
- \* Participar de cursos, seminários, encontros e outros eventos referentes ao tema.
- \* Revisar e analisar o Estatuto da Criança e Adolescente.

Resultados Esperados:

- Ter construído uma capítulo de revisão de literatura.
- Ter participado dos debates propostos e dos eventos específicos durante a realização do projeto.
- Conhecer o Estatuto da Criança e Adolescente.

4.4.2 - Situar-se frente a proposta de trabalho da equipe do PSF, Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e da Comunidade do Monte Cristo, conhecendo a realidade geradora da violência contra crianças e adolescentes.

Estratégias:

- \* Observação participante no cotidiano do Centro de Saúde, PACS, PSF e da Comunidade do Monte Cristo.

- \* Construção de um instrumento com perguntas semi-estruturadas para levantamento dos projetos/atividades e expectativas de prevenção de violência contra crianças e adolescentes.
- \* Aplicação do instrumento a profissionais do PSF, PACS e lideranças da comunidade.

Resultados Esperados:

- Estar ciente das propostas de trabalho e expectativas da equipe do PSF, PACS e da comunidade do bairro Monte Cristo relacionada a violência contra crianças e adolescentes.

4.4.3 - Integrar-se nas atividades de prevenção primária e secundárias com relação a violência contra crianças e adolescentes executadas pela equipe do PSF, PACS, desenvolvendo práticas assistenciais em diferentes contextos da comunidade do Monte Cristo

**Estratégias:**

- \* Acompanhamento, em visitas dos elementos da equipe do PSF e/ou PACS, da abordagem dos casos de violência contra crianças e adolescentes
- \* Identificação de crianças e adolescentes vítimas de violência, através de contatos com professores, comunidade, equipe do PSF e/ou PACS
- \* Estudo dos casos conhecidos e identificados e definição de uma proposta assistencial elaborada junto com a equipe do PSF e/ou PACS
- \* Atuar com a equipe na viabilização da proposta assistencial
- \* Realização de palestra em sala de espera, oficinas, dramatizações e debate de filme.

Resultados Esperados:

- Ter atuado nas atividades de prevenção primária e secundária com a equipe do PSF e/ou PACS e Comunidade do Bairro Monte Cristo.

4.4.4 - Integrar-se nas atividades desenvolvidas pelo Conselho Tutelar nos casos de violência contra crianças e adolescentes ocorridas na comunidade do Monte Cristo.

Estratégias:

- \* Realização de visitas ao Conselho Tutelar para conhecimento da estrutura e dinâmica de funcionamento.
- \* Manutenção de contatos telefônicos freqüentes para conhecimento e interação no plano de visitas deste serviço no bairro Monte Cristo.
- \* Acompanhamento, em visitas dos elementos da equipe Conselho Tutelar, da abordagem dos casos de violência contra crianças e adolescentes no bairro Monte Cristo.
- \* Execução de atividades de atendimento conforme acordos com o Conselho Tutelar.
- \* Atuar com a equipe na viabilização da proposta assistencial.
- \* Acompanhamento do andamento dos casos ocorridos de violência contra crianças e adolescentes durante o período de estágio.

Resultados Esperados:

- Ter atuado de forma integrada nas atividades desenvolvidas pelo Conselho Tutelar na Comunidade do Bairro Monte Cristo.

4.4.6 - Aplicar o processo de enfermagem orientado pela Teoria de Joyce Travelbee nas práticas desenvolvidas.

Estratégias:

- \* Estabelecendo, mantendo e terminando uma relação pessoa-a-pessoa através de um contrato com o indivíduo ou família atendido(a);

- \* Observando, interpretando, tomando decisão, agindo e avaliando cada caso;
- \* Redigindo recortes do processo de enfermagem no relatório da prática.

Resultados Esperados:

- Obter uma relação pessoa-a-pessoa favorecendo o aprendizado/mudança de comportamento dos indivíduos envolvidos;
- Esperamos ampliar a capacidade do indivíduo atendido para enfrentar a realidade e para descobrir soluções práticas a seus problemas.

4.4.7 - Realizar avaliação quantiquantitativas dos casos de violência acompanhados.

Estratégias:

- \* Construir uma estatística dos casos acompanhados com análise concomitante a partir do modelo multicausal da violência.

Resultados Esperados:

- Análise quantiquantitativa de casos.

**4.5 – Cronograma das Atividades Desenvolvidas**

<b>DATA</b>	<b>ATIVIDADES DESENVOLVIDAS</b>	<b>PERÍODO</b>
27/08	Seminário	Mat.
14/09	Reunião PACS – apresentação da proposta e Conhecimento da área	Mat.
15/09	Curso Grupo Arco-Iris e Confraternização com PACS	Mat./Vesp.
16/09	Reunião Conselho Tutelar – apresentação da proposta	Mat.
17/09	Visita a Escola – apresentação da proposta	Mat.
20/09	Visita domiciliar para integração e reunião com diretores da escola	Mat.
21/09	Visita domiciliar e reunião Conselho Tutelar	Mat./Vesp.
22/09	Curso Grupo Arco-Iris e reunião PACS	Mat.
23/09	Sala de espera desnutridos e reunião para orientação	Mat.
24/09	Preparo de materiais para oficina com PACS	Mat./Vesp.

27/09	Oficina com PACS	Mat.
28/09	Visitas Domiciliares e reunião com Conselho Tutelar	Mat./Vesp.
29/09	Curso Grupo Arco-Iris	Mat.
30/09	Visitas Domiciliares	Mat.
01/10	Reunião para elaboração teatros e recursos (roupas, etc.) para a comunidade (dia das crianças)	Mat./Vesp.
04/10	Oficina com PACS	Mat.
05/10	Visitas Domiciliares	Mat.
06/10	Curso Grupo Arco-Iris	Mat.
07/10	Reunião para elaboração teatros para a Creche e Fórum de erradicação para o trabalho infanto-juvenil (Curso)	Mat./Vesp.
08/10	Fórum de erradicação para o trabalho infanto-juvenil (Curso)	Mat. / Vesp.
11/10	Ensaio com PACS do teatro para a comunidade (dia das crianças)	Mat.
12/10	Ensaio e apresentação do teatro para a comunidade (dia das crianças)	Vesp.
13/10	Fórum Hotel Valerim (Curso)	Mat/Vesp.
14/10	Reunião de Orientação em campo	Mat.
15/10	Apresentação do teatro Creche e Assistir Filmes para seleção	Mat./Vesp.
18/10	Palestra do Conselho Tutelar ao PACS e Curso de capacitação	Mat./Not.
19/10	Visita domiciliar e curso de capacitação	Mat./Vesp.
20/10	Preparo de material para seminário na escola	Mat./Vesp.
21/10	Visita domiciliares de casos do Conselho e preparo material p/ PACS	Mat.
22/10	Seminário na Escola para prof. de pré, 1ª e 2ª série.	Mat.
25/10	Oficina com PACS	Mat.
26/10	Reunião para orientação em campo e Visitas domiciliares	Mat.
27/10	Revisão bibliográfica /discussão sobre o processo de enfermagem e reunião para orientação na UFSC	Vesp./Not.
28/10	Visitas Domiciliares	Mat.
29/10	Reunião com PACS e Supervisora	Mat.
03/11	Visitas Domiciliares	Mat.
04/11	Visitas Domiciliares	Mat.
05/11	Seminário na Escola para prof. de 3ª e 4ª série.	Mat.
08/11	Revisão processo – família escolhida com análise	Mat.
09/11	Visitas Domiciliares	Mat.
10/11	Visitas Domiciliares fechamento do contrato com famílias e análise	Mat./Vesp.
11/11	Confraternização e fechamento do contrato com PACS	Vesp.
12/11	Revisão Bibliográfica	Vesp.
17/11	Palestra na Creche da Lagoa da Conceição – Profa. Rosane	Not.
18/11	Reunião com Conselho Tutelar e CSI para fechar contrato e repassar casos.	Vesp.

## **5 – RELATANDO O RESULTADO DOS OBJETIVOS PROPOSTOS**

Neste capítulo são apresentados os resultados da implementação das estratégias visando o alcance dos objetivos.

### **5.1. OBJETIVO ESPECÍFICO 1: APROFUNDAR CONHECIMENTO TEÓRICO SOBRE VIOLÊNCIA E VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.**

#### **Estratégia 1 – Revisar referências bibliográficas sobre violência contra crianças e adolescentes.**

As revisões bibliográficas referentes aos temas, foram efetuadas e utilizadas como fundamentação para o alcance dos demais objetivos, pois acreditávamos que, para melhor capacitação e entendimento do tema, deveríamos conhecer e nos fortalecer com maior profundidade na temática. Produzimos assim, a revisão de literatura apresentada no capítulo 2, deste trabalho.

#### **Estratégia 2 – Realizar discussões sobre o tema com a equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) e profissionais do Conselho Tutelar.**

Cabe referenciar nesta estratégia, a mudança ocorrida na mesma, referente à equipe do PSF para PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). Optamos por trabalhar com os agentes comunitários de saúde, pela dificuldade encontrada no campo referente ao PSF, e por atuarem diretamente com as famílias em seus domicílios. Entretanto os encontros e reuniões referentes ao tema ocorreram com o PACS e Conselho Tutelar.

Os encontros agendados com o PACS foram viabilizados pelas supervisoras do programa. Ocorreram quatro encontros para treinamento dos ACS (Agentes Comunitários de Saúde) na temática violência contra crianças e adolescentes visando, inicialmente, o fortalecimento de sua auto-estima, sensibilizando-os para o trabalho.

Sob a forma de palestras e dinâmicas de grupo desenvolvemos: conceituação das violências, valorização da auto estima, discussão do filme “Despertar de um homem”, pistas para identificação de violências, conseqüências dos casos de violências, “Pense Vinte Vezes Antes de Bater” e a questão do impor limites.

Os agentes comunitários de saúde participavam com interesse das atividades e contribuíam levantando questões que favoreciam o debate e entendimento.

Dentre os questionamentos podemos citar alguns:

ACS<sub>1</sub>: -“Pais que tomam banho com filhos ou filhas é considerado violência sexual?”

ACS<sub>2</sub>: - “Quando suspeitamos de que uma criança está sendo violentada sexualmente podemos olhar sua genitália para ver se tem sinais?”

ACS<sub>3</sub>: - “Quando visitamos uma família e suspeitamos de violência, mas não temos certeza, devemos denunciar ao Conselho Tutelar, ou aguardar para confirmar?”

Procedíamos ao esclarecimento dessas questões, baseadas em bibliografias referentes aos temas, as quais eram por nós consultadas diariamente, sendo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o suporte para diversas questões.

Como já havíamos decidido anteriormente nos “pressupostos do grupo”, quando não soubéssemos responder às dúvidas, prepararíamos a resposta até o próximo encontro, quando então voltaríamos a debater a questão. Jamais aceitamos que qualquer membro da equipe respondesse de forma duvidosa ou insegura. A verdade estava acima de tudo e admitíamos, numa relação de pessoas que respeitam suas limitações, que naquele momento não nos sentíamos com subsídios teóricos suficientes para elaborar uma resposta.

Essa questão foi bem trabalhada no grupo, e em nenhum momento sentimo-nos embaraçadas. Pelo contrário, as perguntas sempre suscitaram um maior interesse em aperfeiçoar os conhecimentos teóricos.

Todas as pessoas que formavam o grupo (agentes comunitários de saúde e acadêmicas), tinham a convicção de que ali não havia professores e alunos, mas sim, pessoas com um objetivo comum, construindo o saber passo-a-passo, numa caminhada que iniciou lado-a-lado. Fomos dando as mãos e quando percebemos estávamos unidos num forte abraço. Essa relação interpessoal provocou as mudanças necessárias à nossa evolução como profissionais e acima de tudo como pessoas, convictas de que nosso papel na “cadeia vibratória do mundo” transcende ao simples “passar pela vida” e nos projeta ao verdadeiro sentido do “viver”. Amando-nos e transmitindo a todos esse sentimento que quanto mais doamos, mais o temos de volta.

Quiséramos que todas as pessoas pudessem compartilhar esses momentos e fossem envolvidas pelas vibrações energéticas que emanavam daqueles encontros, pois certamente essa sintonia é que tornará o mundo melhor, onde a união removerá obstáculos e todas as questões serão resolvidas pelo bem comum.

“Entendemos que participar de um grupo não significa ter as mesmas idéias, mas participar da mesma vida”. Fritzen, (apud Biehl, 1997)

Relataremos aqui algumas colocações feitas pelos ACS no dia em que encerrávamos com eles o trabalho e nos confraternizávamos numa despedida temporária, já que a amizade jamais irá nos separar. (Foto 1, anexo 1)

- “Vocês chegaram aqui como uns botões de flor. Não sabíamos se iriam desabrochar, se seriam bonitas, se iríamos gostar de levá-las conosco. Em pouco tempo se transformaram em rosas e encheram os jardins de nossas vidas... Mudaram nossas vidas! Foi muito boa essa convivência e esperamos que sejam muito felizes levando essa felicidade à outras pessoas. Obrigada!” (Dona Lourdes – Agente Comunitária de Saúde – Depoimento autorizado)

- Eu preciso dizer à vocês que depois de tudo que aprendemos juntos, estimulados por vocês a refletir nossas atitudes, eu consegui recuperar a jóia mais preciosa que um dia eu

tive e achei que tivesse perdido. Hoje eu sei que toda a mágoa que me impedia de ser feliz, era causada pela dificuldade que eu tinha de compreender as atitudes alheias. Agora que eu descobri isso, fui procurar a minha jóia e aqui está. Minha filha, de volta e abraçada comigo. Pode alguém estar mais feliz? Obrigada por vocês terem me ajudado a descobrir o amor dentro de mim.” (Dona Dalma – Agente Comunitária de Saúde – Depoimento autorizado)

Quanto ao Conselho Tutelar, descrevemos o trabalho conjunto na estratégia 5 do objetivo específico 3.

### **Estratégia 3 – Participar de cursos, seminários, encontros e outros eventos referentes ao tema.**

Participamos como ouvintes de três eventos referentes ao tema, no decorrer de nosso trabalho, informados pelo Conselho Tutelar do Continente - Florianópolis.

O primeiro, realizado na Secretaria Estadual da Educação e do Desporto em 27 de agosto, organizado pelo Fórum Catarinense pelo Fim da Violência e da Exploração Sexual Infante-Juvenil, sendo o primeiro seminário do fórum com ênfase no mesmo título. Os objetivos deste fórum/seminário, foram a conscientização dos profissionais da educação, saúde e áreas afins e conseqüentemente a sociedade, sobre a violência e a exploração sexual infante-juvenil, combatendo-as através de ações junto as escolas, associações de moradores, igrejas e outras entidades, alertando para o fato de que a violência sexual ocorre tanto na rua como no lar; articulações de ações de denúncias para o organismo competente; divulgações informativas e educativas e, principalmente, a importância da capacitação de educadores e profissionais da rede de saúde, para detecção dos casos de violência e exploração sexual.

O segundo evento no qual participamos, foi o Seminário Regional do Fórum Catarinense pelo Fim da Violência e da Exploração Sexual Infante-Juvenil, ocorrido no dia 13 de outubro de 1999, no auditório do Hotel Valerim – Florianópolis. (Anexo 2, item 1)

Este seminário teve como objetivos: combater a violência e exploração sexual infante-juvenil e construir um espaço regional de articulação entre os integrantes do fórum,

qualificando-os juntamente a voluntários, agentes públicos, integrantes de organizações, educadores e profissionais da saúde.

Não podemos deixar de relatar, a receptividade e o incentivo ao aperfeiçoamento que tivemos pelos membros do Conselho Tutelar do Continente – Florianópolis, que enfatizaram o quão importante era nossa participação nesses eventos e que ficavam felizes com nosso compromisso e responsabilidade ética.

O terceiro e último evento do qual participamos, foi a II Capacitação para Atendimento na Identificação e Notificação de Violência contra Crianças e Adolescentes, no auditório da Justiça Federal, nos dias 18, 19 e 20 de outubro de 1999. Tinha como objetivo instrumentalizar os profissionais de saúde para identificação, abordagem, notificação, encaminhamento e prevenção de casos de violência contra crianças e adolescentes. Os temas foram diversos. Dentre alguns, os mais enfatizados foram: “Pistas para um trabalho com adolescentes” e “Fortalecendo vínculos familiares”, seguindo de relatos de casos intitulado de “Dor silenciosa – violência sexual”. Para encerramento deste evento foi realizado uma mesa redonda - “Experiências no trabalho de prevenção e atenção aos casos de violência doméstica contra crianças e adolescentes”. (foto 2, anexo 1 e folder em anexo 2, item 2)

Gostaríamos de salientar a satisfação pessoal e profissional que obtivemos neste curso, com a participação dentre os ouvintes, de uma agente comunitária de saúde do Monte Cristo, com a qual trabalhamos.

#### **Estratégia 4 – Revisar e analisar o Estatuto da Criança e Adolescente.**

Revisar e analisar o Estatuto da Criança e Adolescente parece no primeiro momento tarefa fácil. Porém, ao fazermos uma análise comparativa com a realidade, deslumbramo-nos com sua importância, ficando um tanto quanto perplexas pois observávamos na prática que sua aplicabilidade e seu sucesso está longe da perfeição, mas que depende muito de cada um.

Acreditamos também, que o Estatuto da Criança e do Adolescente está para o século XXI como a Lei Áurea esteve para o século atual. Trata-se de uma lei civilizatória. Introduz mudanças tão profundas e amplas nas políticas públicas dirigidas à infância e juventude

brasileira que não é exagerado afirmar que ele promove literalmente uma revolução copernicana neste campo.

Em 1990, após sua aprovação pelo Congresso Nacional e sanção pelo então presidente da república, o Estatuto deixa de ser um projeto de lei e passa a ser um projeto de sociedade. Sua implementação é tarefa de todos, envolvendo lideranças públicas, privadas, religiosas e comunitárias.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), considera a violação dos direitos da criança e do adolescente o conjunto de fatos e ocorrências que expressam impedimentos para a efetivação de potencialidades de crescimento e desenvolvimento. Este Estatuto, caracteriza-se como um texto institucional integrador do conjunto de direitos, que promulga sobre a proteção integral destes seres humanos em desenvolvimento, necessitando para isto de proteção e cuidados da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público.

Em cada um dos seus 59 artigos denuncia que os direitos da criança e do adolescente são garantidos pela Constituição Brasileira, quanto às oportunidades e recursos necessários ao desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social em condições de liberdade, dignidade e convivência familiar.

Portanto, implementar esta política de atendimento, promoção e defesa dos direitos da criança e adolescente, de maneira supra partidária e transideológica, é reconhecer que o maior patrimônio de uma nação é o seu povo e que o maior patrimônio de seu povo é a sua infância e a sua juventude. A criança com sua força nucleadora, poderá unir o Brasil, acima dos interesses econômicos, partidários, religiosos ou de qualquer outra natureza.

Agora porém, temos no Estatuto da Criança e do Adolescente uma lei que nos instrumentará para chegarmos à maioria como nação. Faltam-nos apenas fidelidade à Constituição e às Leis, respeito por nós mesmos, compromisso com as gerações vindouras, sentimentos efetivamente cristão e patriótico. Pois como bem disse Costa (1990), “um país que não respeita suas crianças não respeita a si mesmo. Uma nação que não se respeita não é capaz de desenvolver o auto-conceito, a auto-estima e a autoconfiança, necessários para enfrentar e vencer os imensos desafios que hoje nosso povo tem pela frente. O ECA (Estatuto

das Crianças e Adolescentes) poderá alavancar mudanças muito profundas nas maneiras de agir e interagir do Estado e da sociedade. É fundamental, contudo, que o tomemos a sério.”

Concluimos então concordando com Rivera (1990) quando fala que “assim como os oceanos não revelam sua direção pelo movimento das ondas e marolas, a História não se plasma nos acontecimentos superficiais. Há uma corrente profunda empurrando o Brasil para o seu grande destino. O Estatuto da Criança e do Adolescente é fruto dessa corrente. Ele vem do fundo da nossa História, do mais profundo da alma nacional. Sua implementação – rápida, conseqüente, duradoura – é parte essencial e instrumento da mutação civilizacional em gestação. Não temos mais como povo o direito de errar. Nem a desculpa de ignorância ou falta de meios. Não teremos, ante o julgamento da História e das gerações vindouras, o perdão para a omissão. Civilização ou barbárie? Só há uma escolha: BRASIL. CRIANÇA. URGENTE. Agora é Lei.”

#### **Avaliação do Objetivo:**

Consideramos cumprido este objetivo de aprofundar conhecimentos teóricos sobre a violência contra crianças e adolescentes, pois construímos um capítulo de revisão de literatura, participamos dos debates propostos e dos eventos específicos durante a realização do projeto e conhecemos o Estatuto da Criança e Adolescente analisando-o e aplicando-o na nossa prática diária.

**5.2. OBJETIVO ESPECÍFICO 2 – SITUAR-SE FRENTE A PROPOSTA DE TRABALHO DA EQUIPE DO PSF, PROGRAMA DE AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (PACS) E DA COMUNIDADE DO MONTE CRISTO, CONHECENDO A REALIDADE GERADORA DA VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.**

**Estratégia 1 – Observação participante no cotidiano do centro de saúde, PACS, PSF e da comunidade do Monte Cristo.**

**Estratégia 2 – Construção de um instrumento com perguntas semi-estruturadas para levantamento dos projetos/atividades e expectativas de prevenção de violência contra crianças e adolescentes.**

**Estratégia 3 – Aplicação do instrumento a profissionais do PSF, PACS e lideranças da comunidade.**

Ao chegarmos no Centro de Saúde I do Monte Cristo para apresentar nossa proposta de trabalho naquela comunidade, fomos recebidas pela enfermeira Tereza que junto aos agentes comunitários de saúde nos aguardavam. Tinham reunião marcada para tratar de assuntos do PACS e por sugestão da enfermeira essa seria a melhor data para sermos apresentadas ao grupo.

Houve então uma breve apresentação do grupo (30 ACS, 1 enfermeira, 3 acadêmicas). Na oportunidade, apresentamos nossa proposta assistencial e nosso desejo de trabalharmos integrados a este grupo já que eles, fazendo visitas domiciliares propiciariam nossa inserção à comunidade.

Como os agentes comunitários estavam demonstrando interesse por nosso trabalho, questionamos sobre as rotinas que adotavam para as visitas, se eram aceitos pela comunidade e se sentiam a necessidade de um trabalho relacionado às violências.

Os agentes nos relatavam que a maioria das pessoas os recebia bem, mas que justamente nas casas onde a suspeita de violência era maior, havia uma certa relutância em recebê-los.

ACS<sub>1</sub> - “Parece que eles não querem que a gente entre para não ver o que eles fazem. As coisas são camufladas e a lei do silêncio é a que impera”.

ACS<sub>2</sub> - “Eu não sei, mas acho perigoso procurar os casos de violência e mexer com essa gente. Eles perseguem mesmo. Tem que chegar com muito jeito porque eles se sentem ameaçados e isso é motivo suficiente para partirem pro ataque”.

ACS<sub>3</sub> - “Vocês vão fazer as visitas com a gente não é? Eu pergunto como vamos ficar depois? Vocês saem, porque o trabalho termina, e nós ficamos aqui na comunidade

como ‘dedo-duro’, entregando as pessoas que violentam. Vou ser sincera. Eu tenho medo de mexer com essas coisas. Assim... com gente violenta”.

ACS<sub>4</sub> - “Eu acho que nós estamos muito preocupados conosco e enquanto isso as crianças continuam sendo violentadas nas ruas, dentro de casa. A gente vê todo dia na TV, ouve no rádio e quantas vezes são casos aqui do Monte Cristo mesmo?”

Diante desses relatos experimentamos a dicotomia “medo e coragem”. Precisávamos vencer os receios para enfrentar o desafio de todas as barreiras que certamente surgiriam. Sabíamos que precisávamos além de controlar nossos medos, preparar os agentes comunitários de saúde, trabalhando suas angústias, instrumentalizando-os para atuar nas violências de forma adequada, livre de riscos.

Neste mesmo dia, durante a reunião, procuramos tranquilizar os ACS argumentando que tínhamos o objetivo de trabalhar a família e não só a criança ou adolescente vitimizado. Que teríamos uma atitude não julgadora e procuraríamos ter um inter-relacionamento com a família formando laços afetivos, apoiando-os e ajudando-os a encontrar uma resposta para o problema da violência e daríamos apoio aqueles que desejassem mudar essa situação. Ninguém seria forçado a aceitar nossa proposta, nem a nos receber. Respeitaríamos a individualidade de cada um.

Uma agente então pergunta:

- “E se procurarmos uma família porque sabemos que ela é violenta com as crianças, e a mesma não quiser nos receber. Essa criança vai ficar assim? Sem alguém que tome uma providência?”

Esclareceremos então que não trabalharíamos com a família, mas iríamos, sem dúvida, denunciar ao Conselho Tutelar para que tomassem providências. O que jamais faríamos era ignorar um caso de violência.

Após esse diálogo aberto entre o grupo, que parecia assimilar a nossa proposta, passamos a agendar os encontros com os agentes para oficinas, palestras e debates, bem como os dias que faríamos visita domiciliar junto à estes.

Solicitamos que já fossem observando nas visitas os casos de violência e que os trouxessem por escrito para podermos estudá-los e proceder a escolha de abordagem, na forma mais adequada no encontro com as famílias.

A proposta foi aceita, as atividades agendadas e o apoio que tivemos dos agentes comunitários, certamente propiciou nosso entrosamento com a comunidade.

Ficou também decidido nessa reunião que iríamos trabalhar com PACS, comunidade, escolas e Conselho Tutelar, já que a equipe do PSF estava em defasagem de membros e ainda havia sido cortado o espaço de tempo que tinham para reuniões e estudos da saúde comunitária.

Na oportunidade, como precisávamos avaliar os conhecimentos que os ACS tinham à respeito das violências, procedemos a aplicação de um instrumento com perguntas abertas, elaborado por nós (acadêmicas) subsidiando a abordagem que teríamos com o grupo, o que nos permitiria também avaliar o nível de entendimento da comunidade, já que esses ACS são moradores do bairro, representando uma pequena amostra de seus valores e significados que dão ao agressor e vítima. (Instrumento: anexo 2, item 3)

O instrumento foi aplicado aos 30 agentes comunitários de saúde, sendo que desses trinta, onze não preencheram por motivo de extravio da folha (instrumento), não gostam de escrever porque têm um 'português fraco' (SIC), não sentiram-se capazes porque nunca haviam parado para analisar o fato e preferiam primeiro estudar sobre o assunto para depois falar e alguns não justificaram.

Dos 19 que recebemos respondidos, 16 eram de ACS do sexo feminino e 2 do sexo masculino. A faixa etária destes agentes era a seguinte:

Entre 19 e 28 anos ----- 8 pessoas,

Entre 32 e 38 anos ----- 7 pessoas,

Com 46 anos ----- 1 pessoa,

e na faixa dos 50 anos ----- 3 pessoas.

Na pergunta número 1: O que você entende por violência?

A maioria das respostas não definia o que entendiam, mas sim como a classificavam. Muitas destas respostas foram: “Entendo por violência: a violência física, sexual, psicológica e negligência” apontando alguns desencadeadores destas: dependência de drogas e álcool, fome, falta de comunicação, educação infantil deficitária, falta de cultura, criminalidade, analfabetismo. Uma pessoa citou omissão de informações (denúncia) por medo, que acredita que é uma violência social, uma outra pessoa citou que quase sempre quem agride já foi agredido e 2 pessoas citaram como violência a falta de amor ao próximo, uma delas citando também a falta de amor próprio.

Na pergunta número 2: Acha necessário um trabalho sobre violência em sua comunidade? ( ) sim ( ) não. Por quê?

100% dos participantes afirmaram que sim. Mas os porquês variaram entre: “nos mostrarão como prevenir; pode ajudar quem sofre e quem causa violência; a amizade entre a comunidade será maior; a violência será amenizada; para que todos saibam os direitos da criança e do adolescente; porque já presenciou agressão e porque necessitam de esclarecimentos.”

Na pergunta número 3: No seu cotidiano você costuma observar casos de violência? ( ) sim ( ) não. Cite exemplos:

Nas respostas obtidas, 11 pessoas responderam que sim. Destes, 5 atuam no Monte Cristo, 4 na micro-área Nossa Senhora da Glória, 1 na micro área Novo Horizonte e 1 na micro-área Chico Mendes. Das 7 pessoas que responderam que não, 4 atuam na Chico Mendes, 2 no Monte Cristo e 1 na Novo Horizonte.

Dos 11 agentes que afirmaram observar casos de violência, exemplificaram-nas como: pais que expõem os filhos à mendicância, polícia perseguindo crianças e adolescentes, uso de drogas entre crianças e adolescentes, pais que obrigam os filhos a vender drogas, professores que agredem alunos; casos de negligência e violência física.

Na pergunta número 4: Qual a sua atitude frente a violência encontrada?

5 pessoas responderam que não se manifestam diante dessa situação, 3 encaminhariam o caso ao CSI para orientação das enfermeiras, 3 denunciariam ao Conselho Tutelar, 2 procurariam conversar, 2 temem risco de vida, 1 fica indignada e os outros não se manifestaram.

Na pergunta número 5: a) no seu ambiente de trabalho existe algum projeto relacionado à violência? ( ) sim ( ) não. Se há cite qual: b) você acha importante? ( ) sim ( ) não. Por quê?

3 pessoas citaram o Conselho Tutelar. As demais pessoas assinalaram que não há nada nesse sentido, 4 pessoas acham importante um projeto desse tipo para conscientizar as pessoas do certo e do errado. Outras respostas distribuem-se em reduzir o sofrimento; ser necessário; ajudará a família a viver melhor; saberão onde procurar ajuda e ainda relatam que os pais terão maior receio em praticar as violências novamente.

Na pergunta número 6: Qual a sua expectativa frente a este trabalho que será desenvolvido pelas acadêmicas de enfermagem frente a violência contra a criança e o adolescente?

As respostas apareceram de diversas formas, porém, o que mais foi evidenciado é que desejam que a violência contra crianças e adolescentes seja reduzida; que a comunidade tenha consciência dos direitos das crianças e adolescentes e que aprendam a lidar com essa situação.

Na pergunta número 7: você acha importante denunciar para o Conselho tutelar a violência contra crianças e adolescentes? ( ) Sim ( ) Não - Por quê?

2 pessoas colocaram que não acham ser importante. A justificativa de um destes é que: “os pais conhecem seu filho melhor do que nós e muitas vezes são os filhos que não prestam”. O outro justificou que “primeiro devemos analisar o caso para depois tomar a atitude”.

As demais pessoas acham importante que a denúncia seja feita.

Na pergunta número 8: como você acha que podemos prevenir as violências abaixo descritas? Física; Sexual; Psicológica; Negligência.

Analisando as respostas observamos que a maioria acredita que a melhor forma para a prevenção das violências consiste em dialogar; encaminhar para profissionais especializados; palestras que ensinem às pessoas a se cuidarem; ajudar os agressores “porque normalmente são desequilibrados”.

Procuramos analisar a aplicação do instrumento e sua relevância para direcionamento da abordagem das violências com o PACS. De modo geral observamos que o conceito de violência apresenta-se um tanto ainda velado na cabeça das pessoas e que é confundido por diversas vezes com os agentes desencadeantes dessas violências. Um outro ponto que chamou-nos muito a atenção são as atitudes julgadoras percebidas nos relatos: “são bandidos que deveriam estar na cadeia”, “são iguais a bichos e deveriam ser exterminados pela sociedade”.

Vimos que não só para nós o tema violência era importante, mas que fazia parte dos anseios daquelas pessoas que de acordo com seus relatos encontravam dificuldades em trabalhar a questão das violências por sentirem-se despreparadas para tanto.

Um projeto nessa área segundo os entrevistados é de suma importância, já que a comunidade necessita de orientação e apoio num trabalho educativo que considere os valores culturais e os ajude a transcender esses valores.

Pudemos ainda perceber que as expectativas dos ACS vêm de encontro às nossas: todos conscientes de que as mudanças se processam lentamente, mas que não podemos mais adiar o início do empreendimento para que estas ocorram.

A boa vontade demonstrada pelos ACS em aderir nossa proposta, certamente será o ponto de apoio para o controle das violências nessa comunidade tão carente.

Depende da união de todos e da força empreendida.

*“Dê-me um ponto de apoio e moverei o mundo”.*

Autor desconhecido.

### **Avaliação do Objetivo:**

Consideramos este objetivo alcançado, pois nos situamos frente as propostas de trabalho e expectativas do PACS e comunidade do bairro Monte Cristo, relacionado à violência contra crianças e adolescentes.

### **5.3. OBJETIVO ESPECÍFICO 3 – INTEGRAR-SE NAS ATIVIDADES DE PREVENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIAS COM RELAÇÃO A VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES EXECUTADAS PELA EQUIPE DO PSF, PACS, DESENVOLVENDO PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM DIFERENTES CONTEXTOS DA COMUNIDADE MONTE CRISTO.**

#### **Estratégia 1 – Acompanhamento, em visitas dos elementos da equipe do PSF e/ou PACS, da abordagem dos casos de violência contra crianças e adolescentes.**

Iniciamos as visitas domiciliares acompanhando o cronograma dos agentes comunitários de saúde (ACS) em levantamento prévio de casos de violência, já que nessas primeiras visitas queríamos avaliar a clientela, a abordagem do agente, apresentarmo-nos à comunidade e acima de tudo captar nas falas das pessoas e em suas condições sociais os fatores de risco para as violências. (Foto 3, anexo 1)

Pudemos então perceber que a comunidade é muito eclética, convivendo com grandes diferenças de crenças e valores culturais, diferenciáveis de uma família para outra, talvez até porque o bairro é formado em quase toda sua totalidade por famílias que migraram de outras regiões do estado em busca de melhores condições de vida na capital.

De modo geral, o ACS é bem recebido. O ACS sempre que chega a uma casa faz as perguntas de praxe:

- “Como vai a família? Algum problema que precise de ajuda? Estão realizando os controles?” (Pressão arterial, peso das crianças, vacinas, consultas ...) e observa cadernetas de saúde, fichas de controle, orienta sobre horários do CSI e como devem proceder para serem atendidos.

Como nós acadêmicas estávamos exercitando a observação, após as visitas procurávamos debater entre nós e os ACS's sobre os fatores de risco que encontramos em determinadas casas.

Como exemplo:

\* Crianças muito pequenas ficando sob a responsabilidade de irmãos mais velhos, mas que ainda eram também crianças;

\* Crianças brincando com facas, fogueiras, subindo em construções, soltando pipas nas ruas junto a fios elétricos de ligação clandestina, que formam uma “teia” sem a menor estrutura de segurança; (Foto 4, anexo 1)

\* Crianças que não estão freqüentando a escola (a maioria para submeter-se a mendicância nos ônibus e nas ruas), fato camuflado pelos pais;

\* Vacinas em atraso;

\* Condições de higiene precária;

\* Deficiência na alimentação e vestuário;

\* Crianças e adolescentes em “rodas” de jovens fazendo uso de drogas, (fato facilmente encontrado em todas as ruas, a qualquer hora do dia);

\* Pais dependentes químicos e etilistas;

\* Pais e irmãos mais velhos que espancam, negligenciam, agredem psicológica e sexualmente as crianças.

Tivemos somente um relato sobre a violência sexual, o qual será descrito no processo de enfermagem. Tanto esta família quanto às famílias onde não havia um relato explícito sobre violência sexual, mas havia suspeita, orientávamos, explicávamos sobre as conseqüências que esta violência gerava a quem era agredido e incentivávamos a denúncia.

Procurávamos sempre envolver o agente comunitário nessa identificação das violências, pois acreditávamos que ele seria o mediador entre a família e o controle das violências, por estar fazendo o acompanhamento e orientação continuada.

Pelas respostas curtas e receosas que davam às famílias quando havia um questionamento sobre violência, tornou-se ainda mais nítida para nós a necessidade de prepará-los, (os ACS), para a identificação dos casos de violência, dando subsídios para a abordagem convincente, com argumentos fortes à proposta de mudança no comportamento da família onde havia violência.

Citamos um exemplo do diálogo entre uma ACS e uma mãe durante a visita. Deixamos claro que a mãe demonstrava querer o melhor para seus filhos e que a agente também demonstrava atenção e carinho para com a família. Apenas pareciam despreparadas para lidar com a situação apresentada, acreditando que faziam o melhor.

ACS – “Como estão as crianças?”

Mãe – “Estão bem. Têm saúde. Só que são “umas pestinhas”. Esse aí, (apontando para um menino de cinco anos) até levou umas chineladas, porque não tem paciência com os irmãos mais novos. Bate nos pequenos, é malcriado, fala palavrões...”

ACS – “É, tem dia que a gente é obrigada a dar um corretivo mesmo, senão a gente não agüenta.”

Mãe – “Eu não gosto de bater neles, mas eu sei que se deixar ele se criar assim, daqui a pouco estará nas ruas, dando uma de valentão e vai acabar encontrando um mais forte que derrube ele. Eu já expliquei que só bato porque quero o bem dele. Ainda mais morando aqui, que a gente sabe que tem tanto perigo com drogas, “guri pequeno” armado... Se eu não educar, quem é que vai?”

ACS – “É mesmo. Depois não adianta chorar. É de pequenininho que têm que saber o que é certo.” E olhando para a criança diz: “você tem que respeitar a sua mãe. Ela só quer o seu bem e sabe o que é melhor para você.” Volta o olhar para a mãe e afirma: “Benditas surras as que eu dei nos meus filhos. Hoje estão todos casados, trabalhando e nunca precisei tirar nenhum da cadeia...”

Naquele momento tivemos a certeza de que preparar os ACS era um propósito fundamental e de urgência, principalmente pela abertura que as famílias dão ao diálogo e que suscita credibilidade numa relação de amizade, apoio e troca de experiências.

**Estratégia 2 – Identificação de crianças e adolescentes vítimas de violência, através de contatos com professores, comunidade, equipe do PSF e/ou PACS.**

Na primeira semana de trabalho em campo, procuramos fornecer aos ACS algumas pistas que identificam fatores de risco. Na segunda semana, nas visitas domiciliares já prestávamos algumas informações e orientações, nas quais percebíamos que não só a família ficava atenta, mas também o ACS que muitas vezes participava reforçando nossas orientações e colocando-se a disposição da família para ajudar quando precisassem de apoio.

Uma das ACS ao se despedir de uma família que havia sido por nós orientada quanto a violência falou:

ACS – “Qualquer dúvida que vocês tiverem, nos procurem, porque se as acadêmicas não tiverem mais aqui, nós poderemos continuar ajudando porque elas estão nos preparando para continuar esse trabalho.”

Mãe – “É bom mesmo porque a gente já não estudou e as vezes acaba fazendo errado sem perceber...”

ACS – “Não. Agora vocês podem contar com a gente. A Tereza e a Catarina (enfermeiras do CSI) vão também nos acompanhar e elas sabem muito sobre isso. Fizeram muitos cursos. Qualquer dúvida a gente fala com elas.”

A partir dessa segunda semana, os agentes já começaram a identificar as violências domésticas e traziam para o grupo relatos que culminavam em discussões “calorosas”, inclusive procurando eles mesmos classificar o tipo de violência que havia nas famílias que acompanhavam.

Procurávamos ouvir sem muita interferência para nos certificar se eles estavam realmente incorporando a mensagem que estávamos passando. E a cada dia surpreendia-nos

mais o número de agentes que nos procuravam para tirar dúvidas, contar novos casos identificados e solicitando que fôssemos com eles nas casas, para orientar melhor as famílias onde havia risco de violência com as crianças e adolescentes.

Semanalmente, reunimo-nos com os ACS realizando oficinas, palestras, debates de filme, todos com o intuito de instrumentalizá-los para trabalhar com o tema violência (essas atividades serão descritas posteriormente).

Uma outra forma de identificar as violências era através de casos enviados pelo Conselho Tutelar, que após contrato firmado conosco, passaram a enviar ao CSI, quinzenalmente, os casos de violência doméstica que surgiam naquele período e pertenciam as áreas de abrangência em que estávamos atuando.

Das escolas e creches recebíamos principalmente dos agentes comunitários de saúde que tinham filhos estudando nesses estabelecimentos, denúncias de alguns professores(as) que eram muito intransigentes com as crianças, que os discriminavam por serem moradores de uma área marginalizada pela sociedade e que desestimulavam os alunos principalmente os que já haviam reprovado em anos anteriores. Os pais classificavam como violência psicológica quando relatavam que era comum o professor comunicar no segundo ou terceiro mês de aula que o aluno que estava com dificuldades no aprendizado não precisava mais frequentar as aulas porque já estava reprovado.

- “Eles chamam a criança de burra! Para mim é a mesma coisa” (mãe de aluno).

Procuramos a escola e fomos recebidas pela diretora geral e o diretor pedagógico que com muita atenção aceitaram nossos questionamentos e confirmaram as denúncias que já trazíamos. Mostraram-nos que estavam assumindo a direção da escola a poucos meses e que estão empreendendo esforços para reverter esse quadro que já vinha se estendendo de gestões anteriores.

Tem a nova direção uma proposta que foi inclusive “slogam” da campanha dos atuais diretores que é “CREDIBILIDADE NA ESCOLA”.

Quando apresentamos nossa proposta de trabalhar o tema violência contra crianças e adolescentes com os professores, os diretores logo aceitaram e marcaram as datas mais apropriadas de acordo com o calendário escolar.

Ainda nessa oportunidade, nos relataram em tom de desabafo, que estava muito difícil promover as mudanças que gostariam porque os próprios professores que em sua maioria não são moradores da comunidade, trazem preconceitos tão bem plantados pela mídia, de que o Monte Cristo é um “aglomerado de marginais”, que pouco investem na educação das crianças. Noventa por cento (90%) do quadro de professores são substitutos e a rotatividade é intensa porque “é só surgir uma vaga em outra escola que já estão indo embora.”

Segundo o diretor pedagógico, quando perguntamos sobre a intransigência que tanto vinha incomodando aos pais, referiu o seguinte:

- “A cada dia chega um novo professor para substituir o que foi embora. Os alunos são ativos, até porque, são criados muito livres, pois a maioria dos pais trabalha o dia todo. O professor quer chegar e encontrá-los sentados e mudos por quatro horas (4 horas) seguidas. Isso é impossível e nem é mais aceito no novo modelo das escolas que valorizam a criatividade e a ação dos alunos. Só que quando são realizados cursos de reciclagem para os professores primários, a maioria não vai. Acham que não precisam ‘aprender’ a dar aulas. São resistentes às mudanças e persistem no modelo antigo. Quando ficamos insistindo e até muitas vezes ameaçando o corte de folgas para quem faltar o curso, a única coisa que ouvimos é dizerem que já vão embora dessa escola mesmo, porque ganham muito pouco para terem que investir nesses alunos”.

Além de aceitarem nossa proposta, colocaram a escola a nossa disposição para ocuparmos a sala de vídeo nos trabalhos com os agentes comunitários de saúde.

Assim sendo, trabalhamos na escola a contextualização da violência com o ambiente escolar, violência e crianças/adolescentes agressivos, pistas para identificar as violências e consequência das mesmas, durante uma manhã por três dias.

Na creche, a maior queixa da comunidade é que os alunos são agressivos entre si. Frequentemente as crianças queixam-se que foram agredidos pelos próprios coleguinhas:

puxões de cabelos, mordidas, tapas e empurrões. Os pais dizem que “as professoras não dão conta de cuidar das crianças”.

Procuramos a creche e fomos recebidas pelo diretor que também confirmou que esse tem sido o maior desafio para todo corpo docente. “As crianças são mesmo muito agressivas”, mas os professores, que também estão preocupados com esta questão estão aceitando fazer cursos periódicos, dados pela prefeitura para melhor lidar com este problema.

Sugerimos a realização de um teatro de fantoches com as crianças, desestimulando as práticas agressivas e aproveitando para contribuirmos com a creche na programação da semana da criança.

A proposta foi aceita com entusiasmo, marcamos a data, e de antemão o diretor agradeceu nosso empenho e preocupação com esta questão que para a creche é a mais urgente. (O encontro será descrito posteriormente na estratégia 5 deste objetivo específico).

**Estratégia 3 – Estudos dos casos conhecidos e identificados e definição de uma proposta assistencial elaborada junto a equipe do PSF e ou PACS.**

**Estratégia 4 – Atuar com a equipe na viabilização da proposta assistencial.**

A definição assistencial em cada caso específico era discutida pelo grupo das acadêmicas junto ao agente comunitário de saúde daquela micro-região anteriormente a visita.

Exemplo: Recebemos de uma ACS a seguinte denuncia: - “acho que identifiquei um caso de violência psicológica”. Uma família composta por cinco pessoas (pai, mãe, filha de nove anos, filha de quatro anos e filho de um ano), moradores em um apartamento da micro área PROMORAR.

A mãe relatou para a ACS que sua filha de quatro anos há mais ou menos um mês estava comportando-se de maneira estranha. Não queria mais comer (emagreceu 4 kg), não queria ir para escolinha que antes gostava muito e só queria dormir. A mãe solicitou para ACS ver se conseguia uma consulta médica para criança. O que mais intrigava a ACS era que a mãe parecia muito preocupada com a criança, mostrando na geladeira vários alimentos que quase sempre são agradáveis às crianças (iogurtes, chocolates, pudins), frutas variadas das

quais faz vitaminas, mas a criança não aceita nada. Segundo a agente a mãe falava o tempo todo:

- “Eu já disse pra ela que se ela continuar assim sem comer ela vai sumir. Já está magrela, horrível. Agora ainda não quer ir para escola e vai ficar burrinha também”.

Após esse relato da ACS traçamos o plano de assistência que segue:

- Definimos fazer visita a família favorecendo apoio, orientação e acompanhamento temporário, seguindo o artigo 101 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

- Achamos por bem, levar a apostila de orientação “PENSE VINTE VEZES ANTES DE BATER”. (Anexo 2, item 4)

- Sempre procurávamos rever nossos conhecimentos para favorecer as orientações e relembrar nossa proposta de que só trabalharíamos com a família se fossemos aceitas por esta e que acima de tudo seria uma relação de trocas, sem julgamentos ou procura de culpados e vítimas. Nosso objetivo era favorecer o ganho para todos. O ACS era sempre envolvido nesse planejamento e sua contribuição era de grande valia.

OBS: O estudo prévio do assunto, sempre foi feito, até porque não sabíamos como a família iria reagir frente a essa “invasão” de assuntos tão pessoais, pois como no caso acima, precisamos questionar sobre o comportamento do casal entre si, entre os filhos, se costumavam bater nas crianças, se as gestações foram planejadas e aceitas, se todos os filhos eram queridos pelo casal, como o pai se comportava com a filha, e a filha com o pai, etc.

Sabíamos que mexer nesses fatos por mexer, iria causar na família, falta de credibilidade e certamente não atingiríamos nosso objetivo de ajuda e troca de experiências. Dessa maneira, no prepará-va-mos com fortes argumentos, sempre com abertura ao diálogo. Não queríamos induzir as pessoas a pensarem como nós. “Queríamos apenas que pensassem”. A partir daí, sabíamos que as mudanças aconteceriam.

Os agentes de saúde que agora demonstravam maior facilidade em identificar as violências contribuía muito, porque com “seus campos de visão ampliados” no tocante a essa identificação, relatavam com tanta precisão os fatos suspeitos, que quando chegávamos para trabalhar com a família o fato era exatamente o que sabíamos, e nossa proposta de

assistência, nosso preparo teórico, estava sempre em concordância com a necessidade da família.

Além de estarem mais aptos à observação das violências, os ACS que demonstravam muito interesse no aprendizado teórico, contribuíam com orientações bastante oportunas nas visitas.

Consideramos uma grande evolução no diálogo do ACS com o cliente, pois agora já defendiam perante nós acadêmicas, que quando não tivessem certeza se as atitudes dos pais eram corretas, ficariam em silêncio e trariam o caso para as pessoas responsáveis orientarem e se possível acompanharem, mas que certamente já sentiam-se seguros para dar algumas orientações aos pais, depois de tudo o que aprenderam nas oficinas e debates.

#### **Estratégia 5 – Realização de palestras em sala de espera, oficinas, dramatizações e debate de filme.**

Desde o início deste trabalho, quando ele era apenas um projeto, já tínhamos a certeza de que para trabalhar as violências era preciso atingir vários setores da comunidade. Não só as vítimas, mas as famílias, seu convívio social, estabelecimentos de ensino... Enfim, víamos que não poderíamos modificar as violências sem alterar toda a dinâmica que rege o processo. Para tanto seria necessário envolver pais e filhos, escola e comunidade, professores e alunos, conselhos comunitários e sociedade civil, saúde e educação, todos recebendo a mesma mensagem para “falar a mesma língua”.

Partindo desse pressuposto desenvolvemos os seguintes trabalhos:

##### 🗑️ Preparando os agentes comunitários de saúde no tema das violências

Com um grupo formado por trinta agentes comunitários de saúde, nos reuníamos as segundas-feiras, das 07:30 às 12:00 hs, para apresentação do tema violência doméstica, onde eram realizadas aulas expositivas, debates, apresentação de filmes, dramatização e dinâmica de grupo para integração, autoconhecimento e abordagem da sexualidade (tema que sentimos a necessidade de trabalhar a partir de alguns questionamentos que nos eram trazidos, onde

podíamos perceber que havia muitos tabus, causando dificuldades em delimitar manifestações de naturalidade e carinho e violência sexual. (Anexo 1, foto 5)

Uma questão que aparecia com frequência era o fato de pais e filhos tomarem banho juntos: muitos classificavam como falta de respeito, outros achavam que só seria normal o pai tomar banho com o filho e a mãe com a filha, outros ainda achavam que o menino podia fazer tudo se a menina deixar, porque ela deu chance e que os pais deveriam prender mais as filhas porque são as meninas que precisam se cuidar, “homem é homem”.

Nas oficinas sempre procuramos fazer a exposição do tema permitindo a livre interrupção para contribuições e questionamentos, deixando sempre claro que o nosso objetivo era construir juntos um conhecimento que pudesse promover mudanças em todos nós, para podermos nos desenvolver plenamente, desmistificando conceitos que “arrastávamos” desde a infância e que eram barreiras que culminavam em valores deturpados, impedindo a dinâmica progressiva para nossa realização como pessoas livres e felizes.

Na primeira oficina com o PACS, apresentamos o nosso projeto assistencial demonstrando a necessidade que tínhamos de integrá-los aos nossos objetivos para que diversos setores fossem atingidos, já que os agentes de saúde compartilham diretamente da vida pessoal da comunidade e estão em contínuo contato com as famílias.

Para tanto, foi preciso falar um pouco sobre Joyce Travelbee e seus pressupostos, principalmente para estimular o amor próprio como ponto fundamental para poder amar ao outro e a atitude não julgadora para tratar a todos como igualdade, sem apontar culpados. Deixar claro que nosso trabalho visava contribuir com toda a família e não só com a criança vitimizada, a princípio causou surpresa, porque o senso comum frequentemente acredita que em casos de violência na família só existem duas opções, quais sejam: retirar a vítima daquele meio e levá-la para viver em uma instituição ou retirar de casa o agressor levando-o à cumprir pena em presídio, quando sabe-se pelas pesquisas, que o sonho de toda criança institucionalizada é retornar ao lar, representando a instituição mais uma forma de vitimizá-la. Quanto ao agressor, sabe-se que o sistema carcerário os transforma em “feras” ainda mais violentas, não trabalhando as questões mais urgentes que seriam ajudá-los a recuperar o amor próprio e pela família, dando apoio psicológico/emocional/espiritual e ajudando essa pessoa a

ser reintegrada na sociedade, já que comumente passa a ser marginalizada e excluída do convívio social, o que os deixa cada vez mais predispostos a reincidir na violência.

Apresentamos os conceitos de violência doméstica (psicológica, física, sexual e negligência e realizamos dinâmica de grupo para auto-conhecimento e amor próprio, a qual na avaliação dos participantes foi de grande valia. Muitos se emocionaram e afirmaram que nunca em suas vidas haviam reparado em si mesmos, que não se valorizavam, nem acreditavam no seu potencial construtivo e que a partir daquele momento sabiam que não podiam mais “quebrar essa corrente” pois definiam-se como elos de ligação, fortemente atados por laços de amor e responsabilidade, cada um desempenhando seu papel para transformar o mundo começando por si mesmos.

Para nós acadêmicas, aquele momento de reflexão representava um forte estímulo ao trabalho responsável, pois percebíamos que havíamos “atingido em cheio” aquelas pessoas tão receptivas e agora que movimentáramos seus sentimentos precisávamos dar as mãos e mantermo-nos em equilíbrio e sintonia. A confiança e o amor gerado pelo grupo era a mola propulsora que iria gerar as mudanças.

Encontrávamo-nos com os ACS diariamente para as visitas domiciliares e os laços de amizade foram cada vez mais se estreitando. Participávamos de seus encontros para reunião com a coordenadora do grupo (enfermeira Tereza), das comemorações de aniversários do mês, mantínhamos contatos telefônicos quando havia alguma alteração de cronograma por parte deles ou nossa. Enfim, já nos sentíamos parte daquele grupo.

Um segundo encontro específico para debate das violências foi a apresentação do filme “Despertar de um homem”, que mostrava os desajustes familiares e a progressão da violência. Obtivemos a participação efetiva do grupo no debate e considerações finais onde identificaram nas diversas cenas do filme, os tipos de violências classificando-as em (psicológica, física, sexual e negligência).

Na oportunidade, realizamos uma dinâmica que trabalha a sexualidade de forma descontraída através de gestos e falas. Todos participaram com entusiasmo e até pediram para que repetíssemos no final.

À princípio, tivemos um certo receio da reação que poderia suscitar essa dinâmica, pois achávamos que algumas pessoas que pareciam mais reservadas poderiam não sentir-se à vontade.

Dessa maneira questionamos seus sentimentos e obtivemos vários depoimentos e descrevemos alguns:

ACS<sub>1</sub> - “ Eu nunca pensei que um dia eu conseguiria fazer isso na frente de todos os meus colegas... assim... gesticular, falar, porque na minha família, quando eu era criança, a gente não podia nem pensar na palavra sexo, quanto mais falar e mostrar. Foi muito bom. Agora eu percebi que é uma coisa de todos as pessoas e que não é pecado nem feio. Vou procurar mudar também lá em casa com meus filhos, porque eu já estava repetindo o mesmo que a minha família fez comigo”.

ACS<sub>2</sub> - “É, a gente foi criado assim e passa isso para os filhos. Eu mesma, quando eles me perguntam alguma coisa sobre isso, só respondo que isso não é coisa de criança e o pior, fico brava com a coragem deles em me perguntar essas coisas. Eu achava que era falta de respeito comigo. Vou procurar mudar. Eu nunca tinha pensado assim, que é uma parte do nosso corpo como qualquer outra. Só porque dá prazer? Hoje acho que nós temos o direito de ter prazer sem a idéia de que é pecado”.

ACS<sub>3</sub> - “Foi muito bom porque nós temos filhos e não sabemos o que falar quando eles querem saber alguma coisa sobre sexo. Eu não tenho vergonha de dizer que falo prá eles que o neném é trazido pela cegonha. agora vai ser pior ter que assumir que não falei a verdade, mas vou tentar. Acho que vou morrer de vergonha para falar sobre isso. É uma coisa que se traz da infância. Preciso de um tempo para me acostumar”.

Prosseguíamos diariamente com as nossas visitas domiciliares e percebíamos que havia muitas dúvidas quanto ao papel do Conselho Tutelar junto a comunidade. Quando falávamos em violência e estimulávamos a denúncia era freqüente dizerem:

- “Não adianta. O conselho já foi na casa e nunca mais apareceu, acho que não foi feito nada”.

Decidimos então convidar um integrante do Conselho Tutelar para vir esclarecer essas questões que inclusive para nós, acadêmicas, ainda estavam um tanto obscuras.

O convite foi aceito e a Conselheira Maria Eunice Melo Cardoso, veio ao CSI num encontro que durou quatro horas, gerando um diálogo aberto e esclarecedor sobre as funções do Conselho Tutelar, com a participação dos agentes em questionamentos e contribuições. Esse foi nosso terceiro encontro com o PACS em oficina e palestra. (Foto 6, anexo 1)

Registramos os questionamentos feitos pelos ACS e respostas da Conselheira.

ACS<sub>1</sub> – “A violência sexual, como o conselho atua?”

Eunice: - “É muito complicado. Quanto mais eu estudo, mais eu sei que aquilo destrói o ser para sempre. As marcas são muito profundas e poucos conseguem superar. A violência sexual é gravíssima; muito séria na vida do ser humano. Orientou que para trabalhar a violência sexual são necessários “instrumentos” (conhecimento) para não revitimizar essa criança. O conselho encaminha os casos denunciados de violência sexual para uma equipe multiprofissional que está preparada para tratar esses casos. O papel do ACS é ligar para o Conselho dizendo: Conselheiro, eu suspeito que nessa família há um caso de violência sexual.”

ACS<sub>2</sub>: - “Quando uma criança de quatro anos é levada por outra de doze anos ao Shopping para roubar?”

Eunice: “Os dois pais serão chamados pelo conselho e serão responsabilizados pelas atitudes das crianças. Se os pais justificam que trabalham o dia todo e não tem onde deixar as crianças, é hora de se unir e reivindicar do poder público mais creches. Se os pais não trabalham, aí mesmo é que serão responsabilizados.”

ACS<sub>3</sub> : - “E se o conselho já foi na casa e nada foi resolvido?”

Eunice: - “Você deve denunciar novamente, porque o conselho pensa as vezes que a família está cumprindo as orientações. Na verdade, a necessidade seria de mais conselhos. Trabalhar em dez conselheiros está difícil.”

ACS<sub>4</sub>: “Uma mãe que sai à noite para festejar e deixa os filhos trancados tem que ser denunciada?”

Eunice: - “Tem sim, mas temos que ver que todos precisam de lazer. Só que o lazer tem que ser adequado ao convívio com as crianças. Ex: trocar o lazer/bailão, pelo lazer/praias com os filhos.”

ACS<sub>5</sub>: - “A família começa a perseguir porque acha que fomos nós quem denunciamos.”

Eunice: - “Você pode conversar com a pessoa e explicar que você não tem interesse em denunciá-la. Outra opção é se você tem filhos, denunciar ao Conselho Tutelar, pedindo proteção aos seus filhos. Fazer denúncia à delegacia.”

ACS<sub>6</sub>: - “Uma pessoa portadora de deficiência mental com vinte e dois anos, ganhou uma moto dos pais. Deve ser denunciado a quem?”

Eunice: “Denunciar à Delegacia e à OAB (na comissão de direitos humanos).”

ACS<sub>7</sub>: - “A escola - a professora alega que não dá conta da disciplina da criança. A mãe também diz que não. O que o Conselho faz?”

Eunice: - “Filho dá valor ao que os pais dão valor. Achar um tempo para os filhos. Escola é parceira: família/escola e há necessidade de conversar (pais e direção/coordenadoria).”

ACS<sub>8</sub>: - “As professoras acham que todo mundo da comunidade é bandido.”

Eunice: - “Denuncie ao conselho tutelar (violência psicológica).”

ACS<sub>9</sub>: - “Quando a mãe trabalha e o filho fica na creche o dia todo, a mãe chegando só as nove da noite?”

Eunice: - “Temos falado muito no Conselho da necessidade da mãe ter um tempo para a educação do filho. A criança é prioridade, necessitando ser orientada e acompanhada pela mãe. A mãe como distribuidora das tarefas da casa, deve prepará-lo com responsabilidade e carinho.”

ACS<sub>10</sub>: -“Quanto à Escola, é necessário trabalhar com os pais primeiro. Muita mãe manda as crianças ao jardim para se livrar da criança.”

Eunice: - “É importantíssimo que os pais sejam educados e preparados para educar os filhos. (Escola de Pais)” Eunice sugere aos ACS que convidem alguém da escola de pais para falar com eles.

ACS<sub>11</sub>: -“...Crianças de várias idades misturadas com outras (repetentes) na mesma sala atrapalhando o aprendizado dos outros.”

Eunice: -“Os pais e a escola têm que identificar os problemas na primeira vez que o filho repete de ano. Procurar o conselho para consultar essas crianças e verificar o que dificulta a aprendizagem.”

Após os esclarecimentos ficou mais evidente o papel dos Conselhos Tutelares, e que a comunidade, quem precisa estar atenta, denunciando e buscando apoio e orientação.

O quarto encontro com o PACS visou o reconhecimento de pistas que pudessem levá-los a identificar as violências. Mesmo tendo observado que os mesmos já estavam apresentando certa habilidade nesta identificação (comprovado pelas denúncias que nos traziam), sentíamos a necessidade de reforçar esses conhecimentos. Foi então apresentado por nós, acadêmicas, sob a forma de aula expositiva e dialogada as “pistas para identificação das violências”, (descritas na revisão bibliográfica).

Os ACS acharam que esta aula subsidiou o reconhecimento mais fácil das violências e assim poderão ser mais úteis denunciando os casos suspeitos.

Nas conversas diárias que tínhamos durante as visitas, percebíamos que a grande maioria acreditava que a palmada era educativa e que só assim conseguiam “controlar” as crianças.

Os integrantes do PACS que estavam acompanhando o trabalho e estudando conosco, muitas vezes nos procuravam para relatar que essa parte de não bater nos filhos estava sendo a mais difícil. Ainda tinham muita dificuldade em se controlar, o que os deixava mais aflitos porque admitiam ter perdido o controle.

Nesses casos, sempre procurávamos apoiá-los lembrando que as mudanças se processam lentamente e que a aflição que apresentam e o desejo de acertar já eram o primeiro passo.

Portanto, ainda nesse quarto encontro apresentamos a aula expositiva e dialogada “PENSE 20 VEZES ANTES DE BATER”.

O material utilizado, fornece aos pais opções para trabalhar as crianças nas mais diversas situações do cotidiano. Sua aplicabilidade produz a negociação e diálogo, sendo capaz de trazer satisfação a ambas as partes.

Na avaliação feita pelos participantes do encontro relataram :

ACS<sub>1</sub> : “- Eu queria que ele pensasse com minha cabeça, e se isso não acontecesse, se ele discordasse, eu dava uns tapas para mostrar que não é como ele quer. Que vergonha! Vocês me dão um livrinho desse para estudar mais ? “

A partir deste relato, alguém do grupo levantou a mão e sugeriu que todos recebessem o material para se prepararem e aplicarem na sua própria família e para orientar as famílias que visitam.

ACS<sub>2</sub> : “- Agora eu tô desconfiada que todas as vezes que eu reclamava que eles só me incomodavam, era eu que incomodava eles, porque tinha que ser sempre como eu queria. As vezes eles quase conseguiam me convencer que tinham razão, mas eu não mudava minha decisão só para não dar confiança”.

ACS<sub>3</sub> : “- A gente ensina aos filhos que tem que pedir desculpas aos outros quando fazem coisa errada, mas nós nem paramos para ver se erramos com eles; muito menos pedimos desculpas. Essa aula foi muito importante para a gente ver o quanto falta para podermos dizer que somos pais compreensivos. Acho que prá mim falta aprender muito. Gostaria de mais encontros como esse. Que pena que vocês estão terminando o trabalho conosco”.

✎ Encontro com professores na Escola Básica América Dutra Machado – Monte Cristo

Realizamos três encontros com os professores na escola acima referida, cada um com duração de aproximadamente 4 horas. O público alvo do 1º encontro foram professores de pré-escola, 1ª e 2ª séries; no segundo encontro foram professores de 3ª e 4ª séries e no terceiro e último encontro foram professores de 5ª a 8ª série. (Anexo 1, foto 7)

Definimos como objetivos para estes encontros: 1) instrumentalizar os professores da rede básica de ensino para a identificação de casos suspeitos ou confirmados de violência contra a criança e o adolescente, fornecendo noções básicas a essa identificação; 2) tentar construir junto aos professores um modelo que buscasse soluções quando sentissem-se agredidos por seus alunos ou quando percebem que estes estariam sendo agredidos na família e/ou sociedade; 3) demonstrar o quanto o espaço escolar é valioso para a construção e/ou reconstrução do homem; 4) procurar desmistificar o medo da denúncia ao conselho tutelar e apresentar os artigos do ECA concernentes aos deveres da escola.

Após o debate, fizemos uma breve avaliação com os professores que acharam importante debater estas questões com mais frequência. Citaremos a seguir alguns relatos:

Prof.1: - “Achei bom. Além de tudo o que eu aprendi, eu tenho filhos adolescentes e vi que muita coisa se encaixa no comportamento deles e eu não sabia entender. O que eu não quero pros meus filhos, não quero com meus alunos.”

Prof.2: - “Ajuda muito a gente que tem filhos. Saber dizer o não na hora certa. Conversar sempre. Responder aos questionamentos. Diálogos e limites. Faço com meu filho e procuro fazer com meus alunos.”

Prof.3: - “A mãe já taxa ele (aluno) como doente. Porque ele é hiperativo, mas a psicóloga já disse que ele é normal.”

Prof.4: - “Quando vocês falam que aqui as pessoas já são taxadas como marginalizadas, é verdade. Eu moro aqui e sinto isso na pele. Ninguém quer investir nessas crianças. Mas elas precisam muito da nossa ajuda.”

Prof.5: - “Foi falado aqui que o certo era estimular os pais a virem nas reuniões da escola. Mas isso é a coisa mais difícil que tem. Eles nem sabem se os filhos estão vindo.”

Prof. 6: - “As vezes a própria escola fica tentando resolver as coisas sem falar com os pais, porque quando os procuramos para avisar que a criança está com dificuldade no comportamento, aprendizado ou faltando muito às aulas, eles só dizem que vão dar uma surra na criança. Por mais que tentemos argumentar, eles só demonstram irritação com o filho e parece, não conseguir mais nos ouvir. Como se estivessem possessos. Muitas vezes vêm no dia seguinte trazendo a criança à escola, que já foi espancada, e avisam para a professora diante dos outros alunos: eu já dei uma surra! Se ele continuar incomodando, a senhora pode bater e me manda um bilhete. Não estou criando filho para incomodar os outros.”

Esses relatos justificam a necessidade de contato entre escola/comunidade e principalmente trabalhar as violências nos diversos setores sociais, pois o que vemos é agressão, medo, castigo e, pouca resolução.

### Buscando desarmar a agressividade na infância

Sempre que as acadêmicas se reuniam para abordar formas de desarmar a violência, era consenso de que essas formas consistiam em conscientizar as pessoas tentando fazer com que conhecessem as conseqüências, evitando a prática desses atos. Para tanto era necessário atingir o maior número possível de pessoas em diferentes faixas etárias, em todos os níveis sociais e aproveitar cada oportunidade que surgisse.

A necessidade de sensibilizar e provocar a conscientização de todos os membros, que sofrem ou causam violência, era a meta a ser lançada na avidez de atingir às mudanças.

Portanto, ouvindo a comunidade, seus anseios, perspectivas com relação ao nosso trabalho, percebemos que poderíamos desenvolver o tema prevenção da violência em atividades lúdicas, aproveitando que estávamos na semana da criança.

Enquanto planejavamos o que e como fazer, fomos abordadas por uma ACS, a qual tinha uma filha que estudava na Creche Joel Rogério de Freitas:

- “Olhem, fui levar minha filha à creche e falei com a direção sobre o trabalho que vocês estão fazendo. Já falei porque a creche está com problemas para trabalhar com a

agressividade das crianças. Eles ficaram interessados e pediram que vocês fossem lá ajudar no que pudessem. Seria muito bom".

Como não poderíamos recusar a proposta, pois vinha de encontro ao nosso objetivo, prontamente avaliamos o dia mais apropriado e agendamos uma apresentação de teatro de fantoches com o intuito de despertar nas crianças o valor da amizade, respeito, carinho, compreensão... Sentimentos esses que ocupando todos os espaços do ser humano "varrem" por consequência as formas de agressão que estão incrustadas na fragilidade infantil, pela estrutura que muitas vezes os coloca nesse nível, roubando a angelitude esperada nessa fase da vida. "Uma etapa da vida em desajuste com o meio, pode alterar toda a dinâmica de êxito no futuro". E, para esta comunidade que já é tão marginalizada e violentada pelo preconceito, empreender os esforços em parceria com outros setores da organização social não era apenas nosso desejo, mas também meta de todo o corpo docente que demonstrava interesse e disposição na busca de um futuro promissor a essas crianças.

#### Apresentando o teatro na creche

Conforme combinado, nos dirigimos à creche para a apresentação do teatro.

Recebidas pelo coordenador, já de início fomos cumprimentadas por aceitar a proposta da creche em realizar esse trabalho com as crianças.

Em uma sala de aula montamos o cenário e as crianças foram trazidas para assistir a apresentação.

As falas apresentadas na peça buscavam a interação com as crianças através de perguntas que suscitavam respostas vindas destas, e qual não foi nossa surpresa quando percebemos que a participação era efetiva. A atenção, apesar de contar com crianças de 1 à 6 anos, era quase total. Olhos fixos nos personagens, alegria, risos e falas demonstravam a capacidade em assimilar a proposta de controle da agressividade. (Foto 8, anexo 1)

Ao final da apresentação do teatro foi colocada uma música, "cada coisa em seu lugar" de Socci e Matta, interpretada por Sandy e Júnior que enfatiza o respeito por todas as coisas do mundo e principalmente pelo papel que as crianças ocupam, bem como o direito a um lar. As crianças participaram dançando e movimentando os braços no ritmo da música com muito entusiasmo, onde podíamos observar aqueles rostinhos que nos observavam parecendo querer incorporar-se à nós. Enquanto a música tocava ficamos dançando junto a eles. E talvez, num dos momentos mais emocionantes que tivemos durante o trabalho, quando aproximávamo-nos das crianças, elas nos tocavam parecendo querer comprovar se aquele momento era real nas suas vidas. Foi uma experiência inesquecível e saímos com a sensação de que fomos para levar algo àqueles pequeninos e trouxemos de volta uma bagagem de energia positiva que seria capaz de produzir as mudanças que procurávamos para nós mesmas.

Foi nítida a relação interpessoal que ali se deu. Acreditamos que nesse processo de comunicação não houve mensageiro. Apenas mensagem e receptores, pois todos recebemos de maneira igualitária. Efeito bumerangue? "Jogamos e voltou recoberto do mais puro amor".

"Tudo o que fizerdes a cada um desses pequeninos, é a mim que o fazes".

Jesus de Nazaré.

#### ✍ Trabalho as Crianças e Adolescentes na rua de lazer (dia da Criança)

A comunidade da micro-área Promorar, pertencente ao Monte Cristo, através de suas lideranças comunitárias preparou para o dia da criança uma rua de lazer oportunizando um encontro festivo que contava com várias atividades: jogos, danças, competições, apresentações, música e até um bolo de 12 metros para ser servido aos participantes. Na oportunidade procuramos o líder comunitário, que demonstrou muita simpatia à nossa proposta de apresentarmos quatro breves peças teatrais, encenadas pelas ACS e acadêmicas com o objetivo de estimular o respeito mútuo entre pais e filhos, alunos/professores/escola e contra o tabagismo, que é um dos grandes agravantes na saúde da população.

Procedemos então a montagem das peças com a confecção de roupas apropriadas a apresentação, tendo 02 (dois) ensaios. Os ACS sempre muito prestativos auxiliavam de todas as maneiras para o êxito do trabalho.

A festividade contava com um público que lotava uma quadra de futebol de areia. Havia muitos adultos, mas a maior parte eram crianças e adolescentes. Ficamos sabendo no dia da apresentação que havia passado nas ruas um carro de comunicação fazendo o convite à comunidade para que comparecessem à rua de lazer no dia 12 de outubro e que comunicava dentre as atividades a peça teatral apresentada pelas alunas de enfermagem da UFSC junto com os agentes comunitários de saúde. A notícia nos alegrou por fazer com que percebêssemos a importância que davam ao nosso trabalho. Isso nos deixava cada vez mais empolgadas a levar uma mensagem àquela comunidade que estava sendo tão receptiva e cordial conosco.

Iniciamos as apresentações e o público atento e participativo aplaudia ao final de cada peça. As mensagens que tentávamos passar através da representação teatral eram comentadas no final com um jogo de perguntas que suscitavam respostas breves e objetivas validando os temas explorados. Houve participação e demonstração de entendimento.

Ao final deste trabalho recebemos do líder comunitário um agradecimento informal, o qual foi tornando-se ainda mais caloroso, pois a comunidade aplaudia e demonstrava satisfação. Fomos convidadas a fazer outros trabalhos desta natureza e o Centro Comunitário foi colocado a nossa disposição para qualquer evento que desejássemos realizar.

Em nossa saída, ao término das festividades, algumas crianças nos acompanharam até o carro pedindo as roupas que utilizáramos, para que pudessem brincar de teatro. Foram dados alguns objetos e roupas e eles saíram muito entusiasmados. Nos dias seguintes, ainda quando passávamos na comunidade para visitas domiciliares, éramos reconhecidas pelas crianças e apontadas como as "enfermeiras do teatro".

Sem dúvida, sementes foram plantadas. Esperamos um dia vê-las florescer.

### **Avaliação do Objetivo:**

Avaliamos este objetivo como atingido pois atuamos na prevenção primária e secundária.

Trabalhamos com o PACS, integradas nesta comunidade, por serem pessoas residentes no local, sendo que o envolvimento pessoal desses, pode ser multiplicado em outros locais como escolas, vizinhança, família, etc., ampliando o raio desta ação.

Trabalhamos com os professores, pelo fato de que estes em especial, já mantêm um vínculo de relação entre os jovens estudantes, evitando assim, construção de outro vínculo com outra pessoa desconhecida de seu cotidiano.

#### **5.4. OBJETIVO ESPECÍFICO 4: INTEGRAR-SE NAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO CONSELHO TUTELAR NOS CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES OCORRIDOS NA COMUNIDADE DO MONTE CRISTO.**

**Estratégia 1 – Realização de visitas ao Conselho Tutelar para conhecimento da estrutura e dinâmica de funcionamento.**

**Estratégia 2 – Manutenção de contatos telefônicos frequentes para conhecimento e interação no plano de visitas deste serviço no bairro Monte Cristo**

**Estratégia 3 – Acompanhamento, em visitas dos elementos da equipe do Conselho Tutelar, da abordagem dos casos de violência contra crianças e adolescentes no bairro Monte Cristo**

**Estratégia 5 – Atuar com a equipe na viabilização da proposta assistencial**

O Conselho Tutelar é uma instituição criada pela comunidade para defender os direitos das crianças e dos adolescentes, composto por cinco conselheiros com nível superior

completo e prática de no mínimo três anos com crianças e adolescentes. Seus mandatos são de quatro anos, podendo ser renovados uma vez. Os conselheiros são eleitos pelo povo. Para votar a pessoa tem que ser cadastrada/registrada no Conselho Municipal de Cuidado à Criança e Adolescente.

O Conselho Tutelar é um órgão autônomo, onde somente os salários e o local são cedidos pela Prefeitura. Funciona das 09:00 às 17:00 h de segunda à sexta-feira. As denúncias podem ser feitas via telefone ou pessoalmente. Qualquer pessoa pode fazer a denúncia. A mesma pode ser anônima e o caso a ser denunciado pode ser suspeito, não necessitando de confirmação. Para proceder a denúncia, é importante: nome e endereço da criança/adolescente e dos pais ou responsáveis; idade da criança e onde ela se encontra no momento; natureza e extensão da injúria apresentada (com detalhes); alguma evidência de injúrias anteriores, tais como marcas ou contusões em processo de cicatrização; nome, idade e condições de outras crianças da casa; descrição da injúria pelos pais ou responsáveis; pessoa responsável pela injúria (se conhecer), ou nome das pessoas responsáveis pela criança no momento da injúria; por que a criança é suspeita de abuso (resumidamente); alguma outra informação que possa servir de auxílio no estabelecimento da causa da injúria ou que auxilia na assistência da criança.

O Conselho Tutelar é regido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, que foi implantado no Brasil em 1990 sob a Lei nº 8.069. A partir de então, emergiram os Conselhos Tutelares no Brasil. Em Florianópolis, o mesmo surgiu quase quatro anos após a implantação do ECA, subsidiado por um Projeto de Lei Municipal.

Como bem colocou uma das conselheiras em sua palestra, o ECA evidencia que “a criança é um ser humano com direito a ter direitos. Um ser em desenvolvimento. E o nosso papel como adultos, é conduzir da melhor maneira esse desenvolvimento.”

Assim sendo, o conselheiro ao receber uma denúncia investiga primeiramente a veracidade dos fatos. Feito isto, conversará com a família e fará os encaminhamentos que julgar necessário em apoio a esta família. Contudo, o Conselho Tutelar trabalha para reestruturar, auxiliar as famílias e não para desestruturar, tirando as crianças e adolescentes de suas casas. Somente em uma terceira denúncia recebida sobre a mesma família, é que o Conselho então, encaminha o caso ao juizado de menores. Em Florianópolis existe dois

Conselhos Tutelares, um localizado no centro, sito a Rua Rui Barbosa, 125, fone: 228-6989 e outro no continente, na Rua Heitor Blun – Prédio do INSS – fone: 244-5691. Estes, atendem juntos uma média de trezentos casos (nas diversas formas de violência) por mês. No entanto, a demanda é maior, porém, devido a uma falta de infra-estrutura adequada a atuação dos conselheiros torna-se restrita.

Na primeira reunião marcada com o Conselho Tutelar, levamos nossa proposta de trabalho de parceria no atendimento aos casos com denúncias referentes ao Monte Cristo. Fomos então, recebidas por uma conselheira que ouviu-nos, dando o seu parecer como “complicado” o que queríamos fazer, porque achava que se participássemos na abordagem, causaria constrangimento a pessoa atendida, prejudicando o trabalho dos conselheiros e o atendimento à vítima. Também acreditava ser perigosa a nossa exposição diante do caso, já que iríamos permanecer um tempo junto à comunidade.

Frente a esta posição inicial do Conselho, repassamos e reavaliamos nossa proposta frente ao objetivo exposto, e concluímos que poderíamos executá-la na comunidade (escolas, centros comunitários, oficinas...), porém, sem o risco de entrarmos nas casas junto ao conselho, já que nesse momento os agressores sentem-se mais ameaçados, e ao mesmo tempo, receamos estar mais susceptíveis a riscos. Foi então, que analisando o contexto geral da situação, percebemos que com o intuito de trabalharmos a violência doméstica, poderíamos visitar as famílias junto aos agentes comunitários de saúde, identificando os fatores de risco, podendo até mesmo propor um trabalho de conscientização dos agressores, como por exemplo, desarmar a violência, deixando claro que ali estávamos para ajudá-los a trabalhar essa questão, com o intuito de evitar danos a toda a estrutura familiar e social ao qual estão inseridos. E assim o fizemos, deixando claro nas famílias, que desejávamos ser o suporte, sem atitudes julgadoras, pois acreditávamos na capacidade de mudança de cada um, onde a necessidade de apoio seria não só para a criança/adolescente agredido, mas também para o agressor, atuando assim na “raiz” da reincidência.

Após a discussão entre as acadêmicas, com supervisoras e orientadora, decidimos levar nova proposta ao conselho, este por sua vez, esclareceu dúvidas quanto a atuação e os pormenores para o desenvolvimento do trabalho aceitando por fim, trabalhar com nosso grupo. Definimos conjuntamente, alguns aspectos como segue:

- Atuarmos com o Conselho Tutelar nos casos de violência contra crianças e adolescentes na área de abrangência do Monte Cristo, realizando com as famílias educação para saúde em um aspecto amplo, analisando todos os problemas;

- Os encaminhamentos seriam enviados pelo Conselho Tutelar à nossa equipe, onde acompanhadas do Agente Comunitário de Saúde daquela micro área, iríamos fazer uma visita domiciliar, abordando a família sem explicitar que estávamos trabalhando com violência, até mesmo para a segurança das acadêmicas. Assim, conforme estabelecíamos a relação pessoa-a-pessoa trabalhávamos a abordagem que melhor convinha a cada família;

- Algumas famílias foram selecionadas devido a restrição do tempo disponível pelas acadêmicas, porém, as famílias não trabalhadas pelo grupo, sejam acompanhadas pelos agentes comunitários de saúde e quando houvesse necessidade pelas enfermeiras responsáveis;

- O Conselho Tutelar repassaria materiais divulgando: seminários e fóruns, ao grupo, sobre o tema abordado;

- Após o término do período de estágio do grupo, o Conselho Tutelar comprometeu-se a continuar repassando os casos de violência contra crianças/adolescentes aos Agentes Comunitários, através das enfermeiras do Posto de Saúde, os quais farão os acompanhamentos que julgarem necessários e repassarão os fatos.

Os contatos telefônicos ao Conselho Tutelar seriam mantidos a cada quinze dias ou conforme a necessidade para que houvesse troca de experiências, esclarecimentos, solicitações de guias de encaminhamento, repasse de seminários/fóruns, entre outros.

**Estratégia 4 – Execução de atividades de atendimento conforme acordos com o Conselho Tutelar**

**Estratégia 6 – Acompanhamento do andamento dos casos ocorridos de violência contra crianças e adolescentes durante o período de estágio.**

Foram encaminhadas pelo Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente de Florianópolis – Setor Continente, seis (06) famílias para apoio, orientação e encaminhamento temporário (Art. 101 do Estatuto da Criança e Adolescente – ECA), pelas acadêmicas de enfermagem, dentre as quais três (03) foram acompanhadas, duas (02) não residiam mais no local e uma (01) não pertencia a área de abrangência do Monte Cristo.

Para os casos acompanhados, atribuímos pseudônimos às famílias que serão descritas a seguir, e que foram escolhidos conforme a semelhança das mesmas ao fenômeno da natureza. As guias de encaminhamentos encontram-se em (anexo 2, item 5), de acordo com seus respectivos números.

***Família Névoa*** – Guia de encaminhamento nº 815/99

*Névoa – “Turvação atmosférica, menos intensa que a cerração e que não reduz a visibilidade a menos de um quilômetro. Aquilo que embaça as vistas. Aquilo que dificulta a compreensão.”* Ferreira, (1986, p.1191)

Segundo informações que tínhamos do Conselho Tutelar tratava-se de família em que os pais são usuários de drogas, face a isto, as crianças são vítimas frequentes de negligência e violência psicológica. Os pais já foram encaminhados para tratamento de desintoxicação, psicológico e médico, porém desistiram de todos.

**1ª Visita:** Acompanhadas da Agente Comunitária, fomos à casa da *Família Névoa* as 10:30 min.. Ao ser chamada, a mãe sai da casa aparentemente com fâcies de sono, segundo a mesma, estava dormindo.

Nos apresentamos e questionamos sobre as crianças, onde estavam, já que as mesmas não estavam em casa no momento. A mãe relata que estavam brincando. Ao observar uma de suas filhas que não mora com ela, em frente sua casa, pediu para que a mesma chamasse os irmãos menores. Segundo a mãe, tem nove (09) filhos, os dois menores moram com ela e a menina que estava por perto no momento da entrevista, mora com a avó com mais alguns irmãos.

Na presença das crianças, a mãe foi questionada quanto a consulta médica mensal, dependências químicas, educação, relação mãe-filho, quanto as crianças estarem na rua sozinhas e alimentação. Perante essas abordagens respondeu:

- “Eles sabem se cuidar”. (Ao mesmo tempo, começou a chamar atenção das crianças para não se machucarem e para alimentarem-se direito).

- “E de manhã, eles não tem fome direito, quando tem, eles comem e eu me levanto para dar comida. Também não durmo até tarde todo dia”. Diz fazer uso de álcool.

Segundo a mesma, os filhos estudam a tarde, e o menor vai a creche. Sua relação com os filhos, diz ser boa.

- “Só as vezes que eu perco a cabeça, quando eles me encomodam, porque eles são umas pestes. Tú sabes como é que é, daí eles recebem uns tapas. Mas a gente se dá bem”.

Durante o diálogo com a mãe, as crianças brincavam ao nosso redor, subindo em cercas e telhados da casa, pegando pedaços de madeira com prego na ponta e jogando-os. As crianças estavam em estado de higiene precário, com roupas e peles sujas, cabelos despenteados e também sujos. O menor estava urinado. A filha maior que não morava mais com a mãe, e também estava presente na visita, estava aparentemente em boas condições de higiene, com os cabelos penteados e limpos, roupa e pele limpa.

Durante a visita domiciliar, foi conversado com as crianças, estimulando-as a continuar indo a aula, alimentar-se, cuidar com algumas brincadeiras para não se machucarem, tomar banho, lavar as mãos e rostos antes de comer, ou seja, foi orientado à mãe e filhos noções básicas de higiene pessoal; a prevenção de alguns acidentes domésticos; algumas noções e conseqüências sobre as violências, principalmente física, psicológica e negligência; fora-lhe dadas opções de tratamento quanto ao etilismo e, encaminhado as crianças ao posto de saúde para consulta de rotina.

A mãe aceitou novas visitas.

**2ª Visita:** Fomos junto ao Agente Comunitário de Saúde realizar uma nova visita domiciliar à *Família Névoa*. Chegando próximo a casa, avistamos a mãe na rua em que mora, porém em frente a casa da vizinha, lavando um tapete.

- “Estou fazendo uma faxina.” (Relata a mesma).

Nos apresentamos e solicitamos um pouco de sua atenção questionando como estava a família.

- “Agora está tudo bem, não temos problemas. As crianças estão ótimas. Não tem nada. Estão até gordinhas. O único problema mesmo é o HIV que eu e meu marido temos. As crianças são saudáveis, não tem o vírus, já fizeram o teste.”

Ao perguntarmos sobre o tratamento nos respondeu que a mesma faz controle e o marido não o faz.

- “Teimoso, não quer tratar e pronto. Não adianta mais falar. É ignorante.”

Falou dos filhos (09), sendo que alguns moram com a avó, outros já estão casados, dois moram com ela e dois morreram porque nasceram com o vírus.

Relatou ter feito laqueadura. Afirmou ter diagnosticado o vírus há aproximadamente dois anos. Disse ter contraído por relação sexual, afirmando nunca terem usado drogas injetáveis. O casal não usa preservativo, mesmo deixando claro que já haviam sido orientados pela médica desta necessidade. Procuramos então, reforçar a importância de uma relação protegida, propondo uma conversa envolvendo o cônjuge.

- “Não adianta. Ele é ignorante. E não posso culpar ele sozinho, eu também aceito. Isso é coisa nossa. Nós temos que conversar.”

Questionamos sobre a possibilidade de creche para que as crianças não ficassem sozinhas ou não lhe acompanhassem nas faxinas. A mesma com os olhos cheios de lágrimas, falou:

- “Não. Quero que eles fiquem comigo o máximo de tempo possível.”

Voltando ao assunto das drogas, alegou não fazer mais uso diante das crianças, mas que o cônjuge continuava.

- “Mas o pior... eu continuo bebendo. Isso eu não consigo...”

Foi então questionada novamente sobre os hábitos alimentares das crianças e seus horários.

- “As vezes não consigo acordar cedo, mas eles se viram. Fazem Nescau.”

Observamos durante a entrevista a mãe inquieta e com respostas curtas. Em um determinado momento, levantou-se e foi para o outro lado do tapete dizendo:

- “ Já fomos chamados no juiz, mas isso é outra coisa. É outra área, não é da saúde. Isso não é com vocês.” (Posteriormente pediu licença pois precisava continuar o serviço.)

Insistimos um pouco para continuarmos a conversa deste ponto e neste momento, porém a senhora solicitou licença novamente. Então, sugerimos um outro dia para a visita, o qual foi aceito e agendado para o dia 03/11 às 10:00 h

**3ª Visita:** Retornamos a casa da *Família Névoa* na data e hora marcada, porém, não havia ninguém em sua residência.

Tentamos agendar nova visita através da agente comunitária de saúde, porém a mãe recusou novo agendamento.

- “ Diz pra elas que eu não quero mais. Tô cansada dessas coisas.”

Sendo que o nosso trabalho traz a proposta de uma relação desde que ela seja aceita, encerramos o acompanhamento do caso.

### ***Família Tornado*** – Guia de encaminhamento nº 871

*Tornado – “Fenômeno Meteorológico que se manifesta por uma grande nuvem negra, donde vai saindo um prolongamento, parecido a uma tromba de elefante, o qual, torneando rápido, desce até à superfície da Terra, onde produz forte remoinho e eleva pó, destelha casas, e arranca árvores, etc.” Ferreira, (1986, p.1691)*

O segundo caso por nós acompanhado, foi de uma família negligente em todos os aspectos no que diz respeito a saúde, alimentação, higiene, educação, em suma, aos cuidados básicos.

Após algumas semanas de procura com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde, devido a mudança de endereço, fizemos uma única visita a *Família Tornado*, que foi localizada residindo em um porão, o qual para ser adentrado se fazia necessário a passagem por uma área lamacenta com resíduos de esgoto, insetos e roedores.

Na entrada do porão havia uma caixa d'água de 500 litros semi aberta, coberta por plástico fixado com pedaços de madeira, contendo água com limo, musgos, sujidades e insetos. (Foto 9, anexo 1)

O chão de terra batida era coberto por pedaços de carpet úmidos com odor fétido e sujidades. O teto que era assoalho da casa superior, possuía muitas frestas e quando a vizinha de cima varria, a poeira descia entre as frestas mantendo assim, fios de cabelos, teias de aranha, grumos de poeira, farpas de madeira e fiapos de linha suspensos no suposto teto, estando os moradores expostos às condições precárias de higiene, o que culmina certamente com o déficit na saúde.

Não existia nenhuma forma de ventilação no local, apenas a porta. O porão era dividido por cortinas em dois cômodos (cozinha e quarto). O banheiro não tinha porta e ficava em frente a caixa d'água.

Estavam presentes no momento da visita a mãe e as três (03) filhas (menores de seis anos), todos com aspecto de higiene precária e odor fétido.

Apresentamo-nos e a mãe aceitou conversar conosco convidando-nos para entrar, após algumas colocações e questionamos sobre as crianças. Segundo a mãe, as crianças apresentam tosse, diarréia e vômitos há mais de duas semanas.

-“Desde que a gente veio morar aqui, faz dois meses, as crianças tão sempre doentes”.

Foi questionada sobre o acompanhamento médico e higiene (ferver água, lavar roupas, lavar louças, banhos, limpeza do ambiente e alimentação).

- “Já levei as crianças pra consultar, mas não melhoram nada. Aqui é muito úmido não tem janelas... Mas não temos outro lugar para morar. Estamos procurando porque aqui é pequeno. A comida a gente come o que tem, não dá pra fazer dieta especial para a diarreia e o vômito. A água eu não ferver não, mas como vocês me explicaram eu acho que é verdade. As crianças podem estar doentes por causa disso também... Agora eu vou começar a ferver.”

Contudo, posterior a observação por nós realizada, analisamos que a família está vivendo em condições precárias, incapacitando o desenvolvimento sadio e o bem estar geral. As necessidades básicas de saúde e conforto não estão sendo supridas.

Assim sendo, foi orientado a mãe quanto o retorno ao médico, noções básicas de higiene pessoal, alimentar e ambiental e quanto aos cuidados de prevenção à acidentes domésticos.

***Família Sismo – Guia de encaminhamento nº 868/99***

*Sismo – “Movimento do interior da Terra, o qual, conforme a localização de sua origem, pode produzir ondas mais ou menos intensas, e capazes de se propagar pelo globo; terremoto, tremor de terra, abalo sísmico.”*  
Ferreira, (1986, p.1594)

O terceiro caso, trata-se de violência física e psicológica por parte da mãe e do pai.

**1ª Visita:** Chegamos a casa da *Família Sismo*, acompanhadas de um agente comunitário de saúde e encontramos a mãe embalando nos braços uma criança de 1 ano e 09 meses. Segundo a mãe a criança não pôde ir para creche devido a uma diarreia há três dias. Observamos que a criança mantinha-se hidratada, pálida e com odor aparentando estado precário de higiene. Na casa havia mais três crianças. Dois dos filhos estavam na creche. O pai, dependente químico, dormia no quarto com o bebê de 07 meses. Orientamos os cuidados com a diarreia e para que a mãe levasse a criança ao CSI. A mesma ficou muito irritada alegando ser mau atendida no posto e que nunca conseguiu nada lá. Que hoje mesmo foi para tentar conseguir uma receita para pegar as fraldas que ganha para seu bebê, porque este tem um tipo de alergia que não pode ter contato com a urina, piorando com o uso da fralda de pano. Alegou que o médico junto a funcionária do CSI disseram que não iam dar receita

porque as pessoas mentem muito. Ela jurou nunca mais pisar no CSI e que não quer mais nada dali.

Solicitamos para verificar as cadernetas de saúde das crianças e observamos que as vacinas estavam todas em atraso. Orientamos para que levasse ao posto para atualizar e que o CSI era também seu, como cidadã, e que seria negligente deixar de vaciná-los. Ela disse então, que os levará ao Posto de Saúde da Procasa, porque naquele Posto (Monte Cristo) não volta. Quanto as consultas médicas, as crianças são examinadas pela médica da creche e por nutricionista. A mãe disse que estava nervosa por não poder trabalhar (faxina) porque as crianças estavam doentes sem poderem ir para a creche. Ela abriu o armário e mostrou tudo o que tinha de comida: ½ kg de arroz e um pouco de açúcar. Disse que no dia seguinte iria de qualquer jeito trabalhar e que a creche “teria” que aceitar as crianças senão irão passar fome.

Observamos nos documentos que ela remexia para procurar as cadernetas de vacinação das crianças, que havia vários envelopes do Conselho Tutelar. Ela, antes que perguntásse-mos disse:

- “Denúncia ao Conselho Tutelar eu tenho um monte. Esses vizinhos vagabundos que passam o dia todo bebendo cachaça dizem que nós não cuidamos das crianças. Eu bato neles sim. Prefiro eu bater do que ver mais tarde eles apanhando da polícia”. (E mostrou um cinto que usa para bater). Apontando para o filho de sete anos disse:

- “Esse aí, prá cuspir na minha cara não conta até três. Me avança de soco, bate nos irmãos, dá chute, é um bicho”. Enquanto isso, uma criança subia no botijão de gás ao lado do fogão ligado para pegar algo no armário. Outra criança sentou-se na janela com o risco de queda, ao mesmo tempo, o filho mais velho, anteriormente apontado pela mãe, pegou o cinto, e começou a bater no irmão mais novo. Demostramos preocupação e orientamos do perigo, mas para eles aquilo parecia normal.

Questionamos se ela recebe cesta básica de alguma instituição. Ela disse que não porque eles não tem peso baixo para isso.

- “Viram? Se fossem mau-tratados estariam todos desnutridos. Só o meu pequenininho é que ganha leite especial por causa das alergias, e como ele foi prematuro sempre teve baixo peso.”

Mostrou uma receita da nutricionista para leite da marca *All soy (leite de soja)*. Essa criança recebe acompanhamento da médica e nutricionista da creche.

Pedi para arrumarmos uma receita para conseguir as fraldas e pedi que voltássemos, dizendo que nos esperaria se marcássemos o dia. Disse que trabalha nas segundas, terças e quartas-feiras. Combinamos então, para Quinta-feira, dia 28/10 e avisamos que iríamos ver novamente as cadernetas de vacinação.

Planejamos ao sair da casa, trabalharmos melhor as violências com a *Família Sismo*.

**2ª Visita:** Retornamos a casa, no dia marcado, porém a mesma estava fechada. Conforme vizinhos, a mãe havia saído para trabalhar. Conversamos com o agente comunitário que nos acompanhou e solicitamos então, que fosse repassado a *Família Sismo*, que estivemos em sua casa e ela estava ausente, e que por falta de tempo disponível por nós, não voltaríamos, passando o caso ao agente comunitário de saúde.

Quanto as famílias enviadas pelo Conselho Tutelar e não acompanhadas passamos a descrever os casos com suas justificativas:

**1º caso – Família Chuva Passageira - Guia de encaminhamento nº 873/99**

*Chuva: “Precipitação atmosférica formada de gotas d’água.” Aurélio, (1986, p.401)*

*Chuva Passageira: Gotas d’água que um dia passaram por aquele lugar.*

A criança (02 anos), foi internada com desnutrição severa e outros problemas no Hospital Infantil Joana de Gusmão, sendo que a mãe é muito negligente. Já “foi” usuária de crack, já morou com a ex-sogra e com sua mãe. Não trabalha e recebe auxílio de uma tia.

**Parecer das Acadêmicas:** Tentamos procurar a família através dos Agentes Comunitários, porém não foi encontrada, pois a mesma mudou de endereço.

**2º caso – Família Brisa -** Guia de encaminhamento nº 870/99

*Brisa – “Vento periódico, típico das regiões marítimas ou até onde vai a influência do mar.” Aurélio, (1986, p.286)*

Duas crianças, uma, de 1 ano e 7 meses e outra, de 7 meses, sofrem violência física e psicológica por parte da mãe que está atualmente separada do marido. O pai já entrou com processo de guarda das duas crianças.

**Parecer das Acadêmicas:** Ao procurar a *Família Brisa*, através dos agentes comunitários de saúde, segundo vizinhos, mudaram de endereço e não sabem para onde foram.

**3º caso – Vento Ponteiro -** Guia de encaminhamento nº874/99

*Vento: “Ar em movimento ocasionado sobretudo pelas diferenças de temperatura nas regiões atmosféricas.*

*Vento Ponteiro – Vento contrário ao caminho que se deseja seguir.” Aurélio, (1986, p.1763)*

Família recebe acompanhamento pelo Apoio Sócio Familiar, porém, o pai está se prevalecendo dos auxílios e não está trabalhando, é usuário de álcool e negligente às crianças que são seis (06), com idades entre dois (02) e doze (12) anos.

**Parecer das Acadêmicas:** Infelizmente esta família não foi acompanhada por não pertencer a área de abrangência do nosso projeto.

**Avaliação do Objetivo:**

Acreditamos que houve integração nas atividades desenvolvidas pelo Conselho Tutelar nos casos de violência contra crianças e adolescentes ocorridas na comunidade Monte Cristo, apesar de ter havido reestruturação da proposta assistencial.

Portando analisamos este objetivo como alcançado.

Em se tratando das famílias acompanhadas, concluímos que as mesmas necessitam de continuidade no que diz respeito ao artigo 101 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), onde coloca que “as famílias necessitam de apoio, orientação e encaminhamento temporário”, já que permanecem dentro de um contexto de violência estrutural, onde as mudanças significativas só serão visíveis a longo prazo.

A princípio, acreditávamos, que trabalhar integrado ao Conselho Tutelar acompanhando visitas e abordagens seria a melhor proposta. Pela abertura ao diálogo ético e responsável proporcionado pelos conselheiros, chegamos ao acordo de trabalharmos numa relação de trocas de experiências e construção de um paralelo favorável, não só à nossa conquista de objetivos, mas acima de tudo, ao auxílio às famílias, meta principal de nossos anseios e compromisso social.

A relação interpessoal (conselheiros-acadêmicas), proporcionou sem dúvida, uma visão crítica da necessidade da busca de parcerias, demonstrando que a otimização do trabalho e conseqüente redução das violências, só se dará quando diversos setores da organização social, tiverem consciência e interesse por estas mudanças. Porém, podemos concluir que a sistemática utilizada neste aspecto foi adequada e as trocas entre conselheiros e grupo pode discorrer em perfeita sintonia.

Conscientes de que o tempo que tínhamos para trabalhar as famílias era insuficiente e pela deficiência gerada pelo sistema de trabalho em rede, o qual não favoreceu os encaminhamento e suportes básicos ao bem estar da família por equipes multidisciplinares, permanece este trabalho aberto à continuidade pelos órgãos competentes e áreas afins.

##### **5.5. OBJETIVO ESPECÍFICO 5: APLICAR O PROCESSO DE ENFERMAGEM ORIENTADO PELA TEORIA DE JOYCE TRAVELBEE NAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS.**

**Estratégia 1 – Estabelecendo, mantendo e terminando uma relação pessoa-a-pessoa através de um contrato com o indivíduo ou família atendido(a);**

**Estratégia 2 – Observando, interpretando, tomando decisão, agindo e avaliando cada caso;**

**Estratégia 3 – Redigindo recortes do processo de enfermagem no relatório da prática.**

As fases desenvolvidas foram: observação, interpretação, tomada de decisão, ação de enfermagem e avaliação.

O foco principal da intervenção de Enfermagem foi a mudança do comportamento da família e auxílio na promoção do inter-relacionamento familiar e extra-familiar para prevenção da violência interpessoal.

A assistência de enfermagem foi prestada utilizando o conhecimento próprio da enfermagem e de outras áreas do saber, assim como o conhecimento da família para auxiliá-la a proceder em seu processo de mudança.

A assistência foi sendo construída de acordo com a relação interpessoal que se processava entre nós e a família. As decisões eram tomadas em conjunto e a ação muitas vezes por nós direcionada numa relação de apoio e suporte à família com o intuito de que reconhecessem o seu comportamento abusivo, para que se pudesse encontrar meios que proporcionassem mudanças nesse comportamento.

#### Selecionando a família para o processo.

Para aplicação do processo de enfermagem priorizamos a família onde percebemos maior necessidade de apoio e orientação, na qual tentamos uma aproximação e estabelecimento de contrato orientado pela Teoria de Travelbee. Estava bem definido entre nós que a aceitação ou recusa da família seria respeitada, ficando o grupo comprometido a acatar esta decisão.

Gostaríamos de enfatizar que as famílias não incluídas na redação do processo de enfermagem foram igualmente abordadas nas visitas domiciliares para orientação e apoio, segundo o referencial teórico escolhido pelo grupo.

Fomos então, abordadas por uma agente comunitária de saúde dizendo que estava sofrendo uma grande angústia e acreditava que só nós poderíamos naquele momento auxiliá-la. Procuramos um local mais reservado e passamos a ouvi-la:

- “Eu preciso muito da ajuda de vocês. Estou presenciando uma situação de violência com o meu neto e não sei mais o que fazer. Ontem (domingo), depois de pensar em tudo que vocês nos têm falado sobre violência, eu tomei coragem e fiz uma denúncia ao Conselho Tutelar”.

Sentimos que o primeiro desafio acabava de surgir. Solicitamos a ela que descrevesse os fatos para que pudéssemos nos preparar para ajudá-la.

Ela então nos contou que tem uma filha de 18 anos e que essa tem um filho de 3 anos fruto do primeiro relacionamento, o qual não deu certo. Quando o menino tinha cinco meses, esta passou a viver com um rapaz (19 anos) e nesse relacionamento de quase três anos teve uma filha e está grávida novamente. Disse que antes da menina nascer, o atual companheiro não tinha as atitudes de hoje com a criança (seu enteado). Garante isso, porque o casal com o menino moravam em um cômodo que ela (avó) construiu nos fundos de sua casa para abrigá-los.

Depois do nascimento da menina, o casal com as crianças foi morar em outra casinha (três peças) doada pela mãe do rapaz. Fica próxima a casa que moravam anteriormente da avó. Disse a agente (avó) que o menino grita muito, chora desesperado e ela fica em casa ouvindo com muita angústia porque sabe que a criança é espancada, principalmente pelo padrasto com a cumplicidade da mãe. Recebe castigos como ficar horas preso no banheiro; que o casal sai de casa com a menina e o deixa sozinho vendo TV, não preocupando-se com o horário de alimentação da criança. Muitas vezes saem, almoçam fora de casa e retornam à tardinha. Daí dão para criança comer, qualquer coisa que não dê muito trabalho (uma comida que está na geladeira, pão, refrigerante).

No domingo, dia três de outubro a avó ouviu os gritos do menino e suspeitou que ele estivesse sendo espancado. Mandou chamar a mãe da criança e perguntou o que estava acontecendo, a mesma respondeu que o companheiro havia batido na criança e que iria deixá-lo o dia todo de castigo no banheiro. Alegava que o padrasto estava certo porque a criança era muito “malcriada” e merecia mesmo apanhar. A avó, não mais se contendo disse à filha que não suportava mais ver a violência com aquela criança e iria denunciá-los ao Conselho Tutelar.

Assim procedeu. O Conselho veio e ela não sabe dizer o que se passou. Apenas diz que a filha acusou, segundo ela por vingança, que seu irmão de quatorze anos tentara violentar sexualmente seu filho e que tinha relações com uma cadela dentro de sua casa, na frente das crianças.

O padrasto não trabalha: é receptador de roubos (rádios de carros, aparelhos de som, vídeo cassete e etc.) e os vende para conseguir dinheiro. É usuário de drogas (maconha).

Passa a maior parte dos dias junto a moleques de rua, soltando pipa, jogando bola de gude, etc. e leva o menino de três anos junto. Qualquer coisa que a criança faça que o desagrado é suficiente para que bata nele como se fossem do mesmo tamanho. Chutes, socos, puxões de cabelos e orelhas são comuns.

A avó pediu nossa ajuda, para que trabalhássemos com a família, e que pudéssemos assim ajudá-la também.

Numa outra oportunidade (quatro dias depois do primeiro relato), a agente que é avó da criança anteriormente citada, perguntou se iríamos trabalhar com a família de sua filha.

Respondemos que estávamos analisando outros casos, mas provavelmente seria esta família escolhida para a aplicação do processo.

Ela aproveitou para dizer:

- “Parece que o conselho deu um susto bom neles, porque eu não ouvi mais a criança sendo espancada, nem choro. Acho que dessa vez eles ficaram com medo porque sabem que se precisar eu denuncio novamente”.

Perguntamos a ela:

- “Você acha que essa sua atitude de denunciar o casal agressor está relacionada com o nosso trabalho, ou seja, você sabe que o silêncio deve ser quebrado e que a coragem de denunciar pode afastar uma criança da violência?”

- “Claro que sim. Antes eu via as coisas, ficava nervosa, angustiada, chorando mas não tinha coragem de denunciar. Tinha medo que o rapaz se voltasse contra mim e agredisse a mim e meus outros filhos. Hoje eu denuncio mesmo, porque agora não consigo ficar parada diante da violência. Eu tenho que tomar uma atitude antes que algo pior aconteça àquela criança... e depois, eu nunca me perdoaria por ter deixado como está”.

Esse caso mexeu muito conosco, sendo no momento, sem dúvida, o que suscitava com maior urgência uma intervenção interativa.

Decidimos então procurá-los por meio de uma visita domiciliar, a princípio com o objetivo de conhecer e observar, para daí, partimos para proposta de relacionamento interpessoal entre nós e a família, fechando o contrato e estabelecendo início e término desta relação.

Ao final do desenvolvimento e aplicação deste processo nomeamos esta família como *Família Amanhecer*, por sempre apresentar algo novo no dia seguinte.

*Amanhecer – “Raiar a manhã. Despontar. Estar ou encontrar-se ao amanhecer em algum lugar. Ser, estar (pela manhã). Encontrar-se, achar-se (em certo lugar) pela manhã . O raiar do dia, o alvorecer, a aurora. O começo de alguma coisa, a origem”.* Aurélio, (1986, p. 98)

Aplicando o Processo:

### ***1ª Visita Domiciliar à Família Amanhecer***

#### **1ª ETAPA: OBSERVAÇÃO**

Ao chegarmos próximo a residência da qual iríamos realizar a primeira visita, observamos que a casa era de alvenaria sem pintura, de três cômodos (banheiro, quarto e sala), porém, restringimo-nos a sala, esta contendo um sofá de três lugares recoberto por um lençol, uma mesa e duas cadeiras. Em suporte fixo a parede no canto da sala, lateral a única janela, havia uma televisão de 20 polegadas e um vídeo-cassete. Sobre a mesa havia um rádio tipo *micrositem* com alguns CDs a vista. O chão era de piso bruto, com um tapete sobreposto. Lateralizado a sala, defronte a porta de entrada, tinha um corredor com uma pia de banheiro ao final deste, o quarto localizava-se ao lado desta pia e não possuía porta. Não foi possível a visualização dos demais cômodos.

Fomos recebidas pela mãe, uma jovem morena clara, cabelos lisos, compridos, aparentemente limpos, amarrados com elástico (tipo rabo de cavalo). Trajava bermuda e camiseta e os pés estavam descalços. Trazia no colo uma criança aparentando 02 anos, cabelos encaracolados e loiros, até o ombro, olhos azuis, vestindo uma camiseta e uma calça de agasalho aparentemente limpos e pés descalços. Esta criança procurava o seio materno e a mãe sentando-se passou a amamentá-la. Logo então, chega da rua um menino de aproximadamente 03 anos de idade, cabelos crespos, castanhos claros, curtos até a nuca, olhos castanhos, vestindo uma camiseta e calça de agasalho com orifícios (furos) próximo ao joelho, porém aparentemente limpos e pés descalços, trazendo em uma das mãos um saco plástico contendo dois pães.

Continuando a observação verificamos as cadernetas de saúde e observamos que as vacinas estavam em dia. A mãe relatou que só leva as crianças para consulta médica quando estão doentes. (Não faz puericultura e não sabe o peso atual das crianças). Porém conforme exame físico realizado por nós, observamos que as crianças aparentemente estavam em boas condições de saúde.

Quando questionada quanto ao planejamento familiar a mãe relatou:

- “ Nós não queríamos mais filhos, eu só tenho 18 anos e ele 19, mas eu já estou grávida de novo. Agora nós aceitamos porque não tem jeito mesmo...”

Para evitar ter mais filhos segundo a mãe, usavam preservativo porém afirmou:

- “Eu acho que não sabíamos usar direito.”

Quanto ao relacionamento com as crianças:

- “O guri faz muita arte. Ele é danado. Joga pedra, foge do portão. Outro dia eu ouvi uma freada de caminhão, era ele tentando colocar um pau embaixo da roda. Eu fiquei tão nervosa que bati nele.”

- “Não costumo bater com vara, nada disso. Eu bato com a mão mesmo, umas palmadinhas.”

- “O relacionamento do pai com o menino é ótimo” (Disse a mãe). “Mas na verdade ele não é pai dele (apontando para o menino que estava sentado no sofá). Mas é como se fosse, porque nós fomos viver juntos quando o menino tinha cinco meses. Parece que é pai mesmo, ele nem gosta que eu brigue com as crianças. Diz que eu tenho que ter paciência.”

O menino segundo a mãe, não sabe que o companheiro da mãe não é seu pai.

- “Nós ainda nem falamos para ele que este não é seu pai. Ele é muito pequeno.”

Pudemos observar que enquanto conversávamos sobre o assunto, o menino olhava atentamente.

Ainda segundo a mãe, ela não trabalha atualmente, porém já trabalhou em uma panificadora e pretende trabalhar novamente ano que vem. O pai faz “bicos”, não ressaltou de que tipo, mas agora está fazendo um curso na escola durante a manhã.

Ao final do relato da mãe após fazermos as observações cabíveis para o momento, falamos com a outra avó das crianças, mãe adotiva do pai, que mora na casa ao lado. Uma senhora de aproximadamente 75 anos, mora sozinha, bem falante e descontraída, porém, ao citar fatos por nós questionados sobre a atitude da família com as crianças, sentou-se em uma cadeira e com fâcies de choro e lágrimas descendo-lhe a face exclamou:

- “Eles maltratam muito àquelas crianças e até de mim. Não deixam mais as crianças virem aqui comigo. Sinto muita falta. A outra avó fez uma denúncia ao conselho tutelar e com razão. Ele é meu filho, mas a verdade tem que ser dita, as crianças e nós (avós), não merecemos isso.”

## 2ª ETAPA: INTERPRETAÇÃO

Pelo que foi observado (descrito na etapa anterior deste processo) a família vive de forma modesta, num ambiente pouco adequado ao desenvolvimento social das crianças pelo reduzido espaço físico, mas as condições de saneamento são favoráveis pelo aspecto de higiene na casa e nas pessoas.

Provisoriamente formulamos a hipótese de que a violência pode estar acontecendo pelo despreparo (imaturidade) do jovem casal em lidar com a responsabilidade de dois filhos e mais uma gravidez. Ambos desempregados, passando pela adolescência sem poderem ser adolescentes e pelo fato do menino ser filho legítimo apenas da mãe.

Ainda cogitamos a necessidade de averiguação da veracidade dos fatos, já que as respostas da família não condizem com a denúncia da avó.

## 3ª ETAPA: TOMADA DE DECISÃO

Decidimos a princípio manter o diálogo procurando avaliar mais as situações saúde-doença, com o intuito de formarmos laços de afetividade com a família para que eles também pudessem estabelecer conosco uma relação de confiança, o que é fundamental no favorecimento de uma relação interpessoal. Propomos trazer para a próxima V.D. (visita domiciliar) um preservativo para ensiná-los como usar, bem como outros métodos contraceptivos.

## 4ª ETAPA: AÇÃO DA ENFERMAGEM

- Questionamos sobre saúde e doença na família;
- Solicitamos as cadernetas de saúde das crianças;
- Questionamos e dialogamos sobre as consultas periódicas ao pediatra (puericultura);
- Perguntamos como era a alimentação das crianças e aceitação destes alimentos (peso atual das crianças);

- Questionamos e dialogamos sobre o pré-natal das gestações anteriores e da atual; se apresenta enjoos ou outras queixas;
- Conversamos sobre métodos contraceptivos. Aceitação da gravidez;
- Questionamos onde costumam manter relações sexuais, se na presença das crianças e conversamos sobre a questão;
- Questionamos quanto a atividades e comportamentos das crianças e o que fazem em casos que consideram que a criança estão erradas;
- Questionamos a atividade que o companheiro desenvolve para garantir a subsistência da família;
- Questionamos os relacionamentos com vizinhos e parentes;
- Questionamos o uso de drogas;
- Questionamos e dialogamos sobre o fato do menino saber que o companheiro da mãe é seu padrasto;
- Conversamos quanto as conseqüências das violências e
- Dialogamos sobre o planejamento familiar.

## 5ª ETAPA: AVALIAÇÃO

Pelos fatos obtidos até aquele momento, naquilo que ouvíamos, sentíamos e observávamos, permaneciam dúvidas com relação a veracidade dos fatos.

Se de um lado a denúncia das avós descrevia uma situação de violência, por outro, a mãe definia suas respostas com demonstrações de carinho pelos filhos e pela família, sem saber que estávamos a par da denúncia ao Conselho Tutelar.

Em nossa avaliação desta primeira visita, concluímos que não tínhamos dados suficientes para definir o caso. Necessitávamos marcar outras visitas que evidenciassem nossa

atitude não julgadora e nosso desejo ávido de auxiliar aquela família nessa situação de conflito que vitimizava a todos os membros, sendo que as crianças eram as mais lesadas.

\* Marcamos um encontro semanal, aos quais a mãe aceitou aderindo então ao contrato firmado entre acadêmicas/família numa relação interpessoal.

## *2ª Visita Domiciliar à Família Amanhecer*

### 1ª ETAPA: OBSERVAÇÃO

Ao chegarmos na casa, encontramos a mãe e seus dois filhos, todos sonolentos, porém sorrindo. Trajavam vestes de aspecto envelhecido, embora limpos e calçados. Convidou-nos para entrar e sentar, onde iniciamos o diálogo com o assunto pendente da última visita.

Durante a visita, questionamos a mãe sobre os relacionamentos familiares e esta relatou:

- “Tem coisas que eu ainda faço, mas já sei que não devo fazer. Agora eu tento conversar mais com ele.” (apontando para o menino sentado no sofá).

- “Sabe meninas, a minha mãe é agente comunitária, e ela me denunciou para o Conselho Tutelar, eles tiveram aqui em casa. Depois disso não falei mais com ela, o que é uma pena, pois sinto sua falta, afinal de contas, mãe é mãe.” Abaixou sua cabeça e olhou para a filha sobre seu colo, passando as mãos sobre os cabelos dela alisando-os.

- “Ela mora aqui atrás da minha casa, ela não veio mais aqui, nem eu estive mais lá, não procurou nem as crianças. Deve ser porque eu também falei para o conselho quando eles estiveram aqui, o que o meu filho me contou. Ele chegou em casa falando que o tio (meu irmãos de 14 anos), pediu para ele ficar sem roupas, de quatro como cavalinho, e baixou as calças passando o ‘peru’ na parede e depois mexeu, passando nele. Achei um horror. Ele quis

violentar meu filho. Minha mãe acha que eu inventei tudo isso. Mas é verdade, eu não iria inventar isso sobre meu próprio irmão, e nem o menino com apenas três anos”.

Obs.: Não submetemos a criança a questionamentos para verificação da veracidade dos fatos, pois isto, iria contra nossa ética e pressupostos definidos até então.

A mãe continuou falando de sua denúncia ao conselho tutelar e questionando às condutas por eles tomadas e nossa opinião.

A mãe ao relatar esse fato, estava sentada defronte a nós com a menina ao seio, esta com fâcies chorosas e manifestando o choro após sugar sucessivamente o mesmo, largando-o após um tempo. Após este ocorrido a mãe relatou:

- “Acho que não tenho mais leite, por isso ela fica brava.” E questionou sobre amamentar estando grávida de cinco meses.

Ressaltou ter falado com seu companheiro sobre o relacionamento deles como pais perante os filhos. E afirma que este, chama-lhe atenção muitas vezes, que lhe falta paciência. Porém afirmou que o pai está brincando mais com o menino.

Em um momento de “descontração” da visita, a mãe coloca como importante as orientações dadas pelas acadêmicas pois segundo ela:

- “Educar três filhos pequenos não é fácil, e sem experiência pior ainda. Tenho certeza de que irei usar tudo isso depois. Também comecei a conversar com ele sobre seu pai, e ele aos poucos está me questionando”, (fala apontando com a cabeça disfarçadamente para o menino, como se não quisesse que o mesmo notasse).

Em alguns momentos da visita, a mãe balançava a criança em seu colo, com movimentos rápidos, e na seqüência batia sua palma da mão no bumbum da mesma. Percebemos então, que a visita havia se estendido e que estava próximo ao meio-dia. Encerramos a visita e a mãe sugeriu que voltássemos sempre que quiséssemos

## 2ª ETAPA: INTERPRETAÇÃO

Fomos bem recepcionadas pela família com a mãe demonstrando interesse e preocupação em aprender o uso adequado do preservativo, bem como as maneiras de impor limites para as crianças, num processo educacional.

Aparentou estar magoada com sua mãe, não mantendo mais contato com a mesma e nem os netos, por esta tê-la denunciado ao conselho tutelar.

Acolheu sua filha ao colo constantemente, demonstrando carinho e atenção. Conversou com o filho explicando-lhe os motivos que não deve agir daquela maneira, não deixando-nos perceber se o fato somente acontecia porque estávamos presente.

Demonstrou-se magoada pela tentativa de violência sexual de seu irmão para com seu filho, revelando dúvidas sobre condutas do conselho tutelar.

Também demonstrou interesse e preocupação frente ao aleitamento materno de sua filha, e atual gestação, bem como suas limitações para a saúde.

Em alguns momentos da visita, pudemos interpretar através de seus atos e gestos, um certo descontrole emocional, sugestivo de nervosismo.

## 3ª ETAPA: TOMADA DE DECISÃO

Decidimos para esta visita, manter o diálogo aberto e informal para que a família pudesse esclarecer dúvidas surgidas, com o objetivo de fortalecer a relação inter-pessoal na qual acreditávamos ouvindo mais esta família.

Durante o decorrer da visita, decidimos ainda, revelar à mãe que soubéramos a respeito da denúncia feita ao conselho tutelar e frente a isto nos propúnhamos a ajudá-los e não julga-los, e que estávamos ali para manter uma relação de ajuda à família, favorecendo um relacionamento tranquilo e sadio em prol de uma melhor qualidade de vida/saúde para todos. Nós acadêmicas e eles como família.

#### 4ª ETAPA: AÇÃO

- Questionamos sobre suas atividades e relacionamento com as crianças nessa semana;
- Levamos um preservativo para darmos instruções de uso, dificuldade declarada pela mãe na visita anterior;
- Questionamos sobre seu relacionamento com demais familiares (sua mãe) e esta com os netos;
- Incentivamos à possibilidade de proximidade com a mãe, sogra e estas com os neto;
- Informamos sobre o aleitamento materno x gestação, bem como a necessidade de controle do pré-natal;
- Incentivamos a denúncia ao conselho tutelar sobre a violência sexual de seu irmão contra seu filho, caso a mesma tenha suspeitas ou confirmação do caso;
- Pela liberdade exposta da família sobre o assunto às acadêmicas, aproveitamos o momento para salientarmos sobre o tema violência, como por exemplo conseqüências e pistas para identificação de violências;
- Comprometemo-nos em entregar-lhes na próxima visita domiciliar, uma fotocópia de um exemplar elaborado pelo SOS criança, retratando o pensar 20 vezes antes de praticar uma violência física. Manual este, que fornece subsídios para reflexões e maneiras de negociar limites com crianças e adolescentes, o qual usa de uma linguagem clara e precisa, numa metodologia favorável e interessante.
- Sugerimos a possibilidade de retornarmos na próxima visita domiciliar (semana seguinte), no período vespertino, para favorecer o encontro com seu companheiro, já que nosso objetivo seria trabalhar com a família integrada;
- Incentivamos a mãe a conversar sempre com os filhos, sobre o amor dela por eles na mesma intensidade. Ressaltando que a chegada de um outro irmão, não significaria ter que dividir este amor, mais sim multiplicá-lo a cada ato, gesto de carinho e respeito;
- Reforçamos também, a importância de diálogo com o menino, a respeito de seu pai;

## 5ª ETAPA: AVALIAÇÃO

Esta visita domiciliar apesar de ser a segunda ocorrida, sendo assim, o segundo contato que tivemos com esta mãe, favoreceu-nos boa interação com a família, possibilitando à mesma, liberdade para o diálogo e confiança, a qual demonstrou-nos ao revelar sobre a denúncia realizada pela mãe e a possível tentativa de violência sexual para com a criança.

Os questionamentos e atitudes reveladas pela mãe, fez-nos acreditar que o processo de mudança pode ser almejado e que as árvores poderão dar frutos, porém a responsabilidade de regá-las é de todos, já que os frutos todos comerão.

### *3ª Visita Domiciliar à Família Amanhecer*

## 1ª ETAPA: OBSERVAÇÃO

Fomos recebidas pela família com cordialidade. As crianças agora já nos conheciam melhor e ficavam nos chamando a atenção com brincadeiras e sorrisos, (mais o menino, porque a menina permanecia todo o tempo no colo da mãe mamando ao seio). O companheiro - rapaz de aproximadamente 19 anos, olhos castanhos, vestindo uma bermuda e uma camiseta limpos de pés descalços e limpos – estava dormindo no sofá quando chegamos, logo sentou-se e ficou todo o tempo junto evidenciando que conforme havíamos combinado com a mãe na visita anterior, seria mais efetivo trabalhar com toda a família já que objetivávamos obter as mudanças em âmbito familiar e não só de alguns de seus membros.

Durante a conversação a *Família Amanhecer* coloca seu ponto de vista em vários momentos, porém aqui relataremos as falas que propiciaram o fechamento do contrato:

Mãe: -“Puxa, quanta coisa eu pude aprender trabalhando junto a vocês. Acho que nós nunca tínhamos parado para pensar nisso. Nunca tínhamos conversado... Talvez por vergonha de buscar o diálogo para não demonstrar um para o outro que não sabíamos lidar com educação das crianças. (sorrindo...) Acho que ainda somos meio crianças também. É nisso que dá. Mas vamos cuidar para praticar o que aprendemos aqui.”

Pai: - “É, todo mundo sabe acusar a gente, mas ninguém vem para orientar. Vocês foram as primeiras pessoas que não nos acusaram como todo mundo. Assim... de vagabundo, malandro... só dizem que o “cara” é mau-caráter. Daí a gente fica com a cabeça quente e desconta em quem não merece. Mas nós vamos procurar mudar. Agora não dá prá dizer que não sabemos o certo, né?” E sorrindo, saiu para a rua levando o menino pela mão e uma pipa.

Mãe: - “É... minha responsabilidade é grande... com dois filhos... quer dizer, três (apontando disfarçadamente para o companheiro).

## 2ª ETAPA: INTERPRETAÇÃO

Os pais estavam, integrados ao processo e aguardavam nossa visita para o trabalho combinado na semana anterior.

Interpretamos pelas falas supra-citadas que a família considerou positivo o nosso trabalho na relação pais e filhos.

## 3ª ETAPA: TOMADA DE DECISÃO

A decisão era de que aquele, sendo o último encontro com a família, deveria fazer o fechamento com acertos de detalhes como: avaliação do trabalho realizado, validando entre nós e a família a relevância da educação das crianças baseada nos direitos universais expressos no ECA.

## 4ª ETAPA: AÇÃO DE ENFERMAGEM

- Salientamos que se ainda havia dúvidas com relação aos outros familiares (avós, irmãos...), que essas deveriam ser esclarecidas, talvez através de uma reunião de família e que se não se sentissem capazes de propor esse encontro, procurassem apoio através dos conselhos tutelares, líderes religiosos ou especialistas na área, o que poderia obter encaminhamento através da assistente social da comunidade.

- Questionamos sobre o que podiam dizer com relação a esse trabalho de ajuda mútua, onde a família nos proporcionava, através do processo de enfermagem, melhor visão das situações apresentadas, culminando com a necessidade de estudos e debates entre o grupo, aumentando nossos conhecimentos e o conseqüente repasse desses estudos, direcionando-os a instrumentalização da família no que diz respeito ao cuidado de seus membros.

- Estimulamos o estudo do livro "Pense vinte vezes antes de bater" (anexo2, item 2), reforçando que tudo na vida depende de um processo de aprendizagem e que todo esforço por eles empreendido, certamente seria revertido à família através do equilíbrio nas suas relações.

- Procuramos tranquilizar a família com relação ao sigilo em tudo o que nos foi confidenciado, alertando que a história entraria em nosso trabalho, porém os nomes seriam alterados para privacidade e proteção dos envolvidos.

- Analisamos alguns conceitos que haviam sido trabalhados com a família com relação as violências, através de diálogo participativo.

- Lembramos que aqueles momentos de convivência deveriam ser encarados como "o primeiro passo" de um assunto que necessita de vigilância constante e que a busca da felicidade em família requer esforços e igualdade de valores à todos os membros.

## 5ª ETAPA: AVALIAÇÃO

Através dos relatos que obtivemos da família, foi possível avaliar a importância que estavam dando ao nosso trabalho e que de certa forma sentiam-se mais aliviados com a situação que antes era apenas problema. Agora entendiam que se propúnhamos mudanças, essas não eram para torná-los melhores aos olhos dos outros. Mas sim, para que suas vidas se tornassem mais dignas, buscando um futuro promissor aos seus membros.

Salientamos com frequência que a felicidade era um direito inviolável dos indivíduos. Que o amor próprio era a base para que o amor pelos outros se processasse e que as mudanças dependiam do crédito que déssemos à elas.

Percebendo que essa forma de pensar havia se incorporado ao grupo (acadêmicas/família), avaliamos então, nosso trabalho como positivo porque provocou mudanças em todos os envolvidos. E então finalizamos o contrato estabelecido anteriormente entre a família e acadêmicas.

Obs.: Poucos dias depois de termos concluído o processo, a avó (agente de saúde, a qual havia denunciado a família da filha ao Conselho Tutelar), procurou-nos comunicando que uma assistente social do S.O.S. criança havia ido a sua casa para averiguar a veracidade de uma denúncia que receberam de que seu filho (garoto de 14 anos) havia abusado sexualmente do sobrinho.

Acreditamos que a denúncia tenha partido da *Família Amanhecer*, pois o livro que demos a eles “Pense 20 x antes de bater”, traz o estímulo à denúncia e o telefone do S.O.S. Criança.

Avó: - “Eu não sei se isso realmente aconteceu, mas agora quero que tudo se esclareça e a verdade apareça.” Com os olhos rasos d’água: -“ sinto tanta falta da minha filha e dos meus netos que não vejo a hora de podermos viver novamente como família.”

Estimulamos então, para que ela tentasse uma aproximação com a família da filha para buscarem a união neste momento de tantos conflitos. Ela, olhando fixamente para o além como se quisesse evitar o choro exclamou:

- “Tenho medo de ser mal recebida. Se isso acontecer vou me sentir esmagada...” (pensou por alguns instantes) “Mas se for pelo bem de minha filha e sua família eu enfrento. Não posso esperar mesmo que eles tenham maturidade pra tomar essa decisão... São tão jovens... Eu é que tenho que dar esse primeiro passo e vou dá-lo.”

Agradeceu-nos por termos aceito trabalhar com a família da filha e nos definiu como “pessoas de coragem” que assumem os problemas dos outros, “entrando de cabeça” nesses problemas para poder ajudar.

#### **Avaliação do Objetivo:**

No que pudemos observar, referente a família trabalhada no processo, a relação interpessoal formada pelos componentes possibilitou a abertura de aspectos importantes

caracterizando-se principalmente pelo fato de que fomos trabalhar esta família, com suspeitas apenas de violência física e negligência, o que posteriormente comprovamos os fatos e diagnosticamos ainda, por abertura da mãe, a violência psicológica e sexual

Porém, ao mesmo tempo que avaliamos este aspecto como positivo devido a confiança em nós depositada, lamentamos os fatos, embora tivesse ficado exposto que a mãe (que era a que tínhamos mais contato) praticava a violência psicológica, física e negligência, seja direta ou indiretamente sem intenção, demonstrando em todos os momentos das visitas carinho e atenção direcionada aos filhos parecendo-nos bastante interessada e presente em nossos diálogos.

Procuramos manter-nos em sintonia com a família atendida a fim de possibilitarmos uma comunicação e compreensão adequada, pois “embora, na verdade escutemos o que uma pessoa diz, também prestamos atenção no que ela não diz, e de algum modo ‘escutamos’ seus gestos, posturas e tom de voz”. Kenn (apud Biehl 1997)

Avaliamos portanto este objetivo como alcançado pois obtivemos uma relação pessoa-a-pessoa favorecendo o aprendizado/mudança de comportamentos dos indivíduos envolvidos (acadêmicas, famílias e avós), apesar do pouco tempo que obtivemos para desenvolver esta relação interpessoal. No entanto, acreditamos que ampliamos a capacidade dos indivíduos atendidos para enfrentarem a realidade, descobrindo soluções práticas à seus problemas.

Segundo Hamachek, (apud Biehl 1997) “nossos sentimentos acerca de nós mesmos são respostas apreendidas... pode significar abrir-se a outra pessoa... e certamente significa mudar as coisas que podemos, e aceitar aquelas que não podemos mudar.”

#### **5.6. OBJETIVO ESPECÍFICO 6: REALIZAR AVALIAÇÃO QUANTIQUALITATIVA DOS CASOS DE VIOLÊNCIA ACOMPANHADOS.**

**Estratégia Única - Construir uma estatística dos casos acompanhados com análise concomitante a partir do modelo multicausal da violência.**

Por solicitação nossa ao conselho tutelar foi nos enviado lista numérica referente às violências domésticas que ocorreram na comunidade Monte Cristo, como pode ser observado (Anexo 2, item 6)

Segundo estes dados, durante o período de setembro à novembro de 1999, o qual foi desenvolvido nosso trabalho, foram denunciados 26 (vinte e seis) casos de violência física, nenhum casos de violência sexual, 28 (vinte e oito) casos de violência psicológica e 68 (sessenta e oito) casos de negligência. Sendo que no total 29 vítimas foram crianças e/ou adolescentes do sexo feminino e 50 do sexo masculino.

Nem todos esses casos foram acompanhados por nós. Porém, alguns encaminhamentos foram feitos, como anteriormente citado no objetivo específico nº 3.

Em contrapartida, analisamos com os Agentes Comunitários de Saúde, casos diagnosticados por nós e por eles de violência doméstica na comunidade, tendo como base o modelo multicausal da violência descrito neste trabalho.

Os casos levantados como suspeita e os confirmados serão acompanhados pelos agentes comunitários das respectivas micro-áreas.

Assim sendo, encontramos 23 (vinte e três) famílias que praticam a violência física contra seus filhos. Sendo esta em sua maioria, 60% dos casos, praticados pela mãe por ficarem um período maior com o filho. Portanto, enquadramos 26% das famílias praticantes desta violência, nas características particulares como: adoção, rebeldia, hiperatividade, feio/bonito; 74% relacionamos a fatores situacionais de stress; 06% dos casos estão vinculados com o relacionamento entre os pais: desajuste, violência...; 23% relacionados ao stress estrutural: desemprego, isolamento, excesso de filhos, ameaças à autoridade, valores... e 45% das famílias poderiam estar relacionadas ao stress produzido pelo(a) filho(a): criança indesejada, adolescente problemático e filho mais velho.

O stress é uma causa presente e importante na produção da violência. Parte do stress pode ser devido a falta de planejamento familiar fazendo com que as famílias fiquem muito extensas. Conflitos intra-familiares são gerados principalmente por descontrole da situação num todo; e que as famílias necessitam de informações contínuas sobre a violência, pois direcionam a culpa de sua agressividade aos filhos, por serem problemáticos, muitas vezes por

desconhecimento das conseqüências e de como atuar na questão, ficando sem alternativas para resolver o problema.

Relacionado a negligência, encontramos 53 (cinquenta e três) famílias que praticam este tipo de violência contra seus filhos. Destas, 20% justificam suas atitudes como castigo a condutas da criança/adolescente. Como por exemplo: deixar preso no banheiro; deixar a criança de dois a quatro anos sozinha em casa sem as condições básicas necessárias; não alimentar o filho, porque respondeu à mãe, etc. 45% dos casos levantados são sugestivos de características particulares das crianças como prematuridade, baixo peso, deficiência física ou mental, hiperatividade, não responsividade, rebeldia, imprevisibilidade, feio/bonito. Estas condições estavam presente na maioria das famílias analisadas. As características das crianças eram quase sempre descritas pelo pais que a utilizavam para justificar suas atitudes muitas vezes impensadas por esta conexão. Em 15% das famílias havia o stress estrutural: desemprego, isolamento, excesso de filhos, ameaças à autoridade, valores..., e 20% estavam diretamente relacionados às características patológicas como: depressão, baixa resistência ao stress, desordens neurológicas e psiquiátricas, porém, mais especificamente relacionadas ao alcoolismo e droga-dependência. Como era o caso de várias crianças/adolescentes que sofriam de negligência porque seu pai e/ou mãe ou responsáveis, estavam sob o efeito das drogas.

Referente a violência sexual, encontramos três casos, sendo um descrito em nosso processo de enfermagem e dois trazidos pelos agentes comunitários de saúde. Para estes, sugerimos algumas causas que podem ser as geradoras desta ação. Portanto, não podemos confirmá-las, por ser mais restrita e delicada a abordagem em questão.

Quanto a violência psicológica, encontramos 17 (dezessete) casos. Seus fatores multicausais geradores desta violência estão mais que em qualquer outra violência inter-relacionados. No entanto, encontramos as características particulares: prematuridade, baixo peso, deficiência física ou mental, hiperatividade, rebeldia, bonito/feio, etc, com 21% de ocorrências; a posição cultural: atitude para com castigo em 13% da famílias; fatores situacionais de stress em 32% dos casos; 15% relacionados à posição social: idade, sexo e status sócio-econômico e experiências de socialização: ignorância sobre características evolutivas e necessidades da criança em 19% das famílias.

Entretanto, ao fazermos esta análise quantiqualitativa referente ao número de casos diagnosticados no período, observamos que esta violência necessita ser melhor trabalhada com os agentes comunitários de saúde e com a comunidade, por ser praticada rotineiramente, com facilidade pelos pais ou responsáveis e até mesmo por colegas, professores, etc. porém, não facilmente diagnosticada porque já está entranhada no contexto social.

Contudo, queremos ressaltar que a violência psicológica, a nosso ver, não foi mais expressada em termos numéricos por falta de interpretação das mesmas, visto que ao solicitarmos a quantidade aos agentes comunitários, a maioria lembrava-se de casos quando citado exemplos.

#### **Avaliação do Objetivo:**

Durante o relato deste, encontramos algumas dificuldades para relacionar os fatores geradores de violência aos casos levantados, por ser esta análise complexa e pela particularidade de cada família e indivíduo. Porém, concluímos que a execução deste objetivo, foi de suma importância para termos uma visualização no contexto geral da violência na comunidade Monte Cristo.

Avaliamos este objetivo como alcançado, visto que obtivemos uma análise quantiqualitativa de casos.

## **6 - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E NÃO PLANEJADAS**

No decorrer de um trabalho, há de considerar-se os imprevistos, estes, interpretados como positivos ou negativos face as ações planejadas para o seu desenvolvimento. Muitas vezes, realizamos ações sem que houvésemos planejado e que para enriquecimento individual, coletivo e ainda para valorização e qualidade do trabalho opta-se por fazê-las. Frente a isto, nós acadêmicas, realizamos no decorrer deste, seis (06) atividades não planejadas, porém desenvolvidas, relatadas a seguir por seqüência de acontecimentos.

### **Participação do Curso de DST, Drogas e HIV/AIDS.**

Este curso estava sendo ministrado pela organização “Arco Iris”, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, na comunidade Monte Cristo, com o objetivo de esclarecimento e treinamento do ACS, haja visto, que estes, trabalham diariamente com a comunidade.

Os encontros para as palestras ocorriam todas as quartas-feiras, das 08 às 12 horas, totalizando quatro encontros com nossa participação. (Foto 10, anexo 1)

O convite nos foi feito, em nossa primeira reunião com a equipe, onde uma de nossas supervisoras, nos informou da oportunidade e que seria de suma importância, pois iria favorecer o entrosamento com os agentes comunitários, o que realmente aconteceu.

Os temas foram explorados de uma maneira clara e objetiva, com recursos visuais e didáticos favoráveis e sempre sendo interpretados com peças teatrais, com os mais variados exemplos tendo a participação de todos na representação dos papéis.

### **Semana do Aleitamento Materno (10/99)**

Após uma reunião com nossas supervisoras em campo, achamos por bem trabalhar na “semana do aleitamento materno”, realizando visitas domiciliares para gestantes e puérperas, orientando nas dúvidas que surgiam, aproveitando para trabalhar a prevenção primária na violência, salientando os direitos da criança na vida intra e extra uterina.

### **Participação do IV Seminário Estadual sobre o Trabalho Infante-Juvenil**

Participamos deste evento nos dias 07 e 08 de outubro, no Ministério Público do Estado de Santa Catarina, que tinha como objetivos aprofundar a compreensão sobre a idade mínima para o trabalho; contextualizar a questão do trabalho infantil em âmbito internacional, nacional e local; e debater formas de integração entre instituições envolvidas com a questão da criança/adolescente. (Anexo 2, item 7)

Os temas proferidos foram “A idade mínima para o trabalho – proteção ou desamparo?”, “Os fóruns de erradicação do trabalho infantil e a gestão política de atendimento”, “Raízes sociais e perspectivas para as crianças e adolescentes no Brasil”, “Experiências alternativas para erradicação do trabalho infantil e profissionalização”, “O papel do fórum na consolidação da cidadania da criança e do adolescente e “Os impactos do trabalho precoce no desenvolvimento biopsicossocial da criança e do adolescente”

### **Adesão ao Fórum Catarinense pelo Fim da Violência e da Exploração Sexual Infante-Juvenil**

O Fórum realiza seminários municipais e regionais, com o objetivo de integrar seus membros e preparar estratégias pelo fim da violência contra crianças e adolescentes. Dada as nossas participações em eventos referentes ao tema, sempre fomos questionadas sobre o interesse de adesão a esta organização. Após uma análise em conjunto, decidimos optar pela adesão, por nos proporcionar informações sobre eventos e também pelas demais oportunidades que poderá nos fornecer ampliando nossos conhecimentos o que favorecerá o aprimoramento de nossos trabalhos.

## **Pós-graduação – Especialização em Violência Doméstica contra Crianças/Adolescentes na USP - Universidade de São Paulo – SP**

Através da nossa integração com vários membros comprometidos com esta temática, surgiu-nos a oportunidade e o convite para cursar especialização a distância de responsabilidade da USP sobre violência doméstica. Após fazermos os devidos encaminhamentos, recebemos resposta de aprovação. A data prevista para o início do curso é fevereiro/2000.

### **Palestra com Pais e Professores em uma Creche na Lagoa da Conceição**

Esta palestra por nós ministrada, foi convite feito pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rosane Nitschke, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, a qual desenvolve um trabalho junto a esta comunidade. A mesma palestra, foi proferida no dia 17/11, com duração de aproximadamente uma hora.

Os temas trabalhados foram introdução à violência e suas repercussões na sociedade - fatores culturais e antropológicos, tipos e conceitos de violência, algumas noções sobre prevenção e cuidados e a questão do impor limites.

Os pais e professores que assistiram, demonstram-se interessados. Ao encerrarmos a palestra, a diretora da creche nos agradeceu enfatizando a liberdade de retorno. Contudo, acreditamos ter conseguido passar nossos conhecimentos, de uma maneira clara e objetiva para todos naquele momento.

## 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Talvez não tenhamos conseguido fazer o melhor, mas lutamos para que o melhor fosse feito...”*

*“Não somos o que deveríamos ser, não somos o que iremos ser, mas graças a Deus, não somos o que éramos.”*

Martin Lutehr King

Trabalhar a violência contra crianças e adolescentes não foi certamente uma tarefa fácil, já que este é um tema que nos trouxe sofrimento e angústia. Acompanhar os casos sem nos envolver era algo inviável ao grupo, pois havíamos incorporado a idéia de empatia com as pessoas a serem trabalhadas e passávamos a viver em “simbiose”, partilhando medos, ressentimentos, alegrias, tristezas, mágoas, conquistas... Enfim, tudo o que era vivido, era vivido por todos.

Algumas violências que pudemos acompanhar eram tão extremadas, que por vezes sentíamos-nos anestesiadas ou pouco sensibilizadas com formas menos flagrantes dessa violência. Por diversos momentos sentimo-nos impotentes diante de algumas situações sem saber para onde caminhar. Era preciso recuperar a angústia, buscar forças na união do grupo, respirar fundo e recomeçar.

A idéia de que era um caminho sem volta logo despertou no grupo. Havíamos mexido com a esperança das pessoas e isso para nós era motivo suficiente para manter-mos atreladas a elas numa relação de ajuda mútua.

A certeza de que as mudanças comportamentais e de valores são não somente possíveis, mas inevitáveis no ciclo evolutivo do mundo, fazia-nos acreditar que mais cedo ou mais tarde haveria o entendimento de todos e aceitação de novos paradigmas onde a discriminação social e o abuso do poder seriam substituídos pela compreensão e igualdade entre os seres.

Era preciso enfrentar todos os tipos de situações, todos os tipos de pessoas e encará-las sempre sem julgamento prévio, sem adentrar seu passado, fosse ele bom ou ruim. Queríamos trabalhar com todos como pessoas únicas e puras. Isso era sempre um desafio, pois mesmo que quiséssemos vê-los só daquele momento para frente, nossa cultura punitiva nos remetia ao passado lembrando que alguma criança já havia sido vitimizada por aquele que estava diante de nós. Ao travarmos essa luta contra nossos próprios valores tão incrustados de exclusão àqueles que impiedosamente nos achamos no direito de classificar como socialmente inadequados, necessitávamos constantemente de retroalimentação nos princípios que norteavam o grupo, apoiando-nos nas pessoas que conosco compartilhavam a luta.

Com o tempo fomos aperfeiçoando nossa capacidade de diálogo com essas pessoas e todo medo foi se transformando em esperança, pois quando passamos a percebê-los como indivíduos com seus princípios, valores, filosofia de vida, como peças que vão se encaixando, íamos formando o “desenho” humano e costumávamos dizer que “gente é gente aqui ou em qualquer lugar”.

Quando sabíamos que estávamos lidando com alguém que socialmente era definido como mau-caráter, por atitudes que sabidamente eram por estes praticadas no que diz respeito às violências, e conseguíamos um nível de diálogo razoável, sentíamos que a conquista da paz mundial era viável. Bastaria cada um desempenhar seu papel, acreditando nas mudanças comportamentais.

Se todos somos dotados de sentimentos, trabalhar com os mesmos, numa relação pessoa-a-pessoa é a chave que abrirá em todos os seres aquilo o que há de mais íntimo: Sua capacidade de amar-se a si próprio. Dado esse passo, todos os outros virão, num “efeito cascata” pois aquele que descobre o amor dentro de si, não consegue evitar transmiti-lo.

Assim, toda a forma de dominação, toda educação adultocêntrica, toda prática educativa que não viabilize no ser o descobrimento de si mesmo e de seus valores deve ser considerada inapropriada.

A organização da sociedade civil na busca dos direitos universais do homem, favorecendo condições dignas de vida onde as pessoas sejam mais respeitadas pelo 'ser' do que pelo 'ter', irá reverter os alarmantes dados estatísticos onde a violência tem alcançado índices inaceitáveis sob qualquer ponto de vista.

A estrutura social precisa ser acolhedora da criança criando condições que favoreçam seu completo desenvolvimento. A sociedade enquanto responsável pela criança e o adolescente deveria desenhar-se em nossas mentes no formato de um útero que acolhe, aquece, alimenta, oxigena e processa a vida. Porém, quando vemos algumas dessas crianças em condições de vida tão deprimentes, só nos faz retratar o que o cantor Cazuza citava em uma de suas músicas: "Essas sementes mal plantadas, que já nascem com cara de abortadas".

Até quando permitiremos, que o medo de movimentar o ciclo dessa maré de violência continue nos matando?

Até quando agüentaremos e acharemos que a violência contra crianças e adolescentes não pode ser revertida?

“Enquanto permanecemos hipnotizados pela miragem do insolúvel, deixamos de resolver aquilo cuja solução depende de nossa vontade e iniciativa”

Jurandir Freire Costa

Este trabalho possibilitou-nos uma experiência muito rica na vida acadêmica e que certamente se reverterá à vida profissional e pessoal. Conseguimos aplicar a teoria na prática e fazer a relação interpessoal com as pessoas que conosco aceitaram trabalhar.

A teoria aplicada, do referencial de Joyce Travelbee, viabilizou as mudanças que pretendíamos alcançar, oportunizando-nos estimular e envolver outras pessoas nesse processo de mudança.

“... Se invadi estas pessoas, fui concomitantemente invadida por elas...” Salem, (apud Meneghel, Giugliani e Falceto, 1998).

Cada desafio era compensado pela conquista dos objetivos e a receptividade do trabalho pela comunidade mudou nossa visão de mundo, o que certamente cresceu em muito não só nossas vidas profissionais, mas acima de tudo como pessoas em constante aprimoramento.

Mudamos valores, mudamos paradigmas e nos sentimos estimuladas a continuar buscando os direitos da criança e do adolescente.

Cada intervenção no apoio a criança e adolescente vítima de violência representou para nós uma vitória.

Como acreditamos que a violência atinge diretamente a saúde dos indivíduos, não temos dúvida de que atuando na prevenção, cumprimos a tarefa de cuidar, princípio fundamental da enfermagem.

Fizemos o que podíamos para o pouco tempo que dispúnhamos. Mas saímos com a certeza de que em nenhum momento fomos negligentes com aqueles que esperavam de nós uma ajuda, depositando confiança em nosso trabalho.

Certamente sentiremos falta dos momentos vividos em união com a comunidade. Porém, o desejo de continuar o trabalho mantém-nos unidos e certamente nos encontraremos na busca diária do fim da violência contra crianças e adolescentes.

*“Minha esperança é necessária, mas não é suficiente. É que ela, enquanto necessidade ontológica, precisa ancorar-se na prática... É por isso que não há esperança na pura espera, nem tão pouco se alcança o que se espera na espera pura, que vira, assim, espera vã.*

Freire (apud Biehl 1997)

Por fim, frente ao aprendido e vivido, efetuamos algumas recomendações:

Ao PSF: resgatar espaços de trabalho conjunto.

À enfermeira supervisora dos Agentes Comunitários de Saúde: manter retroalimentação junto aos Agentes Comunitários de Saúde, para que continuem vigilantes e ajudando as famílias que precisam de apoio para interromper a postura de violência.

Ao Conselho Tutelar: manter o apoio à acadêmicos interessados no trabalho com violência doméstica.

Ao Departamento de Enfermagem da UFSC: acrescentar à grade curricular o tema violência doméstica.

## 8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Crianças em crise quem as protegerá? Revista Despertar, v. 80, n. 07, p.03, Abril:1999.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, Informe epidemiológico em saúde coletiva – violência social o olhar da saúde: Orientações gerais para atuação dos profissionais da saúde frente aos casos de maus tratos contra crianças e adolescentes. Cad. Saúde em foco, ano V, nº 13, p. 23, Ago, 1996.

Violência contra criança e adolescente: proposta preliminar da prevenção e assistência à violência doméstica. Rio de Janeiro, julho, 1993.

ABEL, Theadore. Os fundamentos da teoria sociológica. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

ADLER, Adolf. A ciência de viver. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1940.

ALTHOFF, Coleta R. Pesquisar a família é tarefa complexa. Interação: Boletim Informativo de Família. Florianópolis: PEN/UFSC, 1998.

ASSIS, Simone G. de. Crescer sem violência – um desafio para educadores. Série superando a violência, v. 1. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES, 1994

ASSIS, Simone G. de. Crianças e adolescentes violentados: passado, presente e perspectivas para o futuro. Cad. Saúde Públ. , Rio de Janeiro, n. 10 (supl. 1), p. 126-134,1994.

- AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane N. de Azevedo Guerra. (org.) Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1997. (a)
- AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane N. de Azevedo Guerra. Interrompendo o circuito. Guia prático para prevenir o fenômeno. Telelaci: USP, 1997. (b)
- BACK, Haydée E. H., LENTZ, Rosemary A., SCHMITZ, Edilza Maria R. Acidentes na infância. A enfermagem em pediatria e puericultura. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.
- BARRETO, Sandra R. M., SILVEIRA, Sandra C. Educação Infantil: Viver sem violência. Florianópolis, abril de 1996.
- BARUDY, Jorge. La douleur invisible de l'enfant: approche écosystémique de la maltraitance. Ramonville Saint-Agne: Éres, 1997.
- BIEHL, Jane I, Criança hospitalizada por maus tratos: o cuidado e o significado das vivências de cuidadores de enfermagem. Dissertação (mestrado). Porto Alegre, Mestrado Expandido UF RGS/UFSC, 1997.
- BRITO, Leila M. T. de. Menores carentes delinquentes. Ciência e Cultura, São Paulo, v. 40, n.3 – SBPC, Mor. 1988.
- BUSCHINI, Cristina. Teoria crítica da família In: AZEVEDO, M.A., GERRA, V. N. A. (Org). Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento. São Paulo: Cortez, 1993.
- CARDOSO, Vera Lúcia M. Cunha, O adolescente e a violência. [www.angelfire.com/ms/veralucia](http://www.angelfire.com/ms/veralucia), p. 1-8.
- CARVALHO, Marco Antônio. Em busca da nova educação. Revista Planeta, editora Três, nº 206, Novembro: 1989.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. Código de Ética. 1ª ed. Florianópolis: 1996. p. 40-51.

CORSO, Daniela C. e SCHWERZ Silvia. Buscando a educação e a saúde com as gestantes/família, na estratégia de saúde da família em uma comunidade de Florianópolis. Projeto da VIII fase do Curso de Graduação em Enfermagem, Florianópolis: UFSC; 1999.

COSTA, Jurandir Freire. Informe epidemiológico em saúde coletiva – violência social o olhar da saúde. Cad. Saúde em foco, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, ano V, nº 13, p. 1, Ago, 1996.

COSTA, Antônio C. G. A mutação social: In: Brasil criança urgente: A lei. São Paulo: Columbus, 1990. p. 41.

DESLANDES, Suely Ferreira. Prevenir a violência – um desafio para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES – Jorge Careli, 1994.

ECHENIQUE, Inês. Informe epidemiológico em saúde coletiva – violência social o olhar da saúde: Experiências acidente na infância principais causas de atendimento em um hospital de emergência hospital Miguel Couto. Cad. Saúde em foco, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, ano V, nº 14-15, p. 1, Ago; 1996.

ESMERALDINO, Alessandra de Quadra. Propondo um trabalho educativo em conjunto com a família de crianças desnutridas em uma comunidade de Florianópolis. Projeto da VIII fase do Curso de Graduação em Enfermagem, Florianópolis: UFSC; 1998.

FALEIROS, Vicente de Paula, A violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário. [www.geocities.com/capitolpnn/parnarment/5050/ArtigoRecriaFaleiros](http://www.geocities.com/capitolpnn/parnarment/5050/ArtigoRecriaFaleiros), p.1-14.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo dicionário aurélio da língua portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira. 1986.

- FRAGA, Daniela F.; SILVA, Laura C.; FEIJÓ, Patrícia R. Cuidando e compreendendo o processo de adolecer por uma bordagem holístico-ecológica. Trabalho da VIII Unidade Curricular do Curso em Enfermagem, Florianópolis: UFSC, 1996.
- FROMM, Erich. Anatomia da destrutividade humana. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- GIFFIN, Karen. Violência de Gênero, Sexualidade e Saúde. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 146-155, 1994.
- GRASEL, Mariane. Promovendo a saúde e cidadania do idoso e sua família através de ações interdisciplinares. Trabalho de Conclusão da VIII Unidade Curricular do Curso em Enfermagem, Florianópolis: UFSC, 1996. p. 62.
- GOMES, Romeu. A violência enquanto agravo à saúde de meninas que vivem nas ruas. Cad. Saúde Públ. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 156-167, 1994.
- GOMES, Maria Auxiliadora de Souza M.; BRANCO, Viviane M. Castello. Informe epidemiológico em saúde coletiva – violência social o olhar da saúde: Violência contra a criança e o adolescente: pensando nosso papel. Cad. Saúde em foco. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, ano V, nº 13, p. 11-12, Ago; 1996.
- INGENIEROS, José. A humanidade e seus problemas sociais. Rio de Janeiro: Getúlio Costa; 1943.
- KAPLAN, John. O crime e a natureza humana. O Estado de São Paulo, São Paulo, nº 309, p. 18-5. 1986.
- LÉVI-STRAUSS, C. A família. In: LEVI-STRAUSS et all, A família, origem e evolução. Porto Alegre: Editorial Villa Martha, 1980.
- MENEGHL, Stela N., GIUGLIANI, Elsa J., FALCETO, Olga. Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, n 2, p. 327-335, abr-jun, 1998.

- MIOTO, Regina Célia T. Famílias de jovens que tentam suicídio. Campinas, 1994. Tese (Doutorado). UNICAMP, Campinas, 1994.
- MONTICELLI, Marisa. Joyce Travelbee – modelo de relação homem-a-homem (ou pessoa-a-pessoa). Florianópolis, UFSC. Mimeo. 1999.
- MORAIS, Regis de. O que é violência urbana. São Paulo: Brasiliense, 1981.
- NITSCHKE, Rosane G. Nascer em família: uma proposta de assistência de enfermagem para a interação da família saudável. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Florianópolis: UFSC, 1991.
- NITSCHKE, Rosane G. Esboço de um marco conceitual para a assistência de enfermagem do pai de RN. Trabalho apresentado na disciplina de fundamentos filosóficos e teóricos da enfermagem do curso de mestrado da UFSC. Mimeo. Florianópolis: 1988.
- NOGUEIRA, Antônio de P. F. Violência, repressão ao crime e segurança. O Estado de São Paulo, 4 –12: 1986.
- OREM, Dorothea F. Nursing: concepts of practice. United States of America: MC Graw-Hill: Book company, 1971.
- NOGUEIRA, Paulo L. Estatuto da Criança e do Adolescente Comentado. São Paulo: Saraiva, 1991.
- OSÓRIO, Luis C. Família hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- REMSCHMIDT, H, SCHMIDT, M.H., STRUNK, P. Violência: causa e prevenção. 1991
- RIBEIRO, Ivete M. Interação: a enfermagem assistindo à família da criança maltratada. Dissertação (Mestrado Enfermagem). Florianópolis: UFSC, 1990.

RIVERA, Deodato. A meta – síntese: In: Brasil criança urgente: A lei. São Paulo: Columbus, 1990. P.24-26.

SILVEIRA, Sandra C. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: o papel do profissional de saúde. Florianópolis, 1-11. Mimeo.

SOUZA, Edinilsa R. de. Violência social o olhar da saúde: violência social: um desafio para os serviços de saúde pública. Cad. Saúde em foco. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, ano V, nº 13, p. 2-3, Ago: 1996.

TRAVELBEE, Joyce. Intervención em Enfermeria Psiquiátrica: el processo de la relación de persona. Caby: Carvajal, 1979.

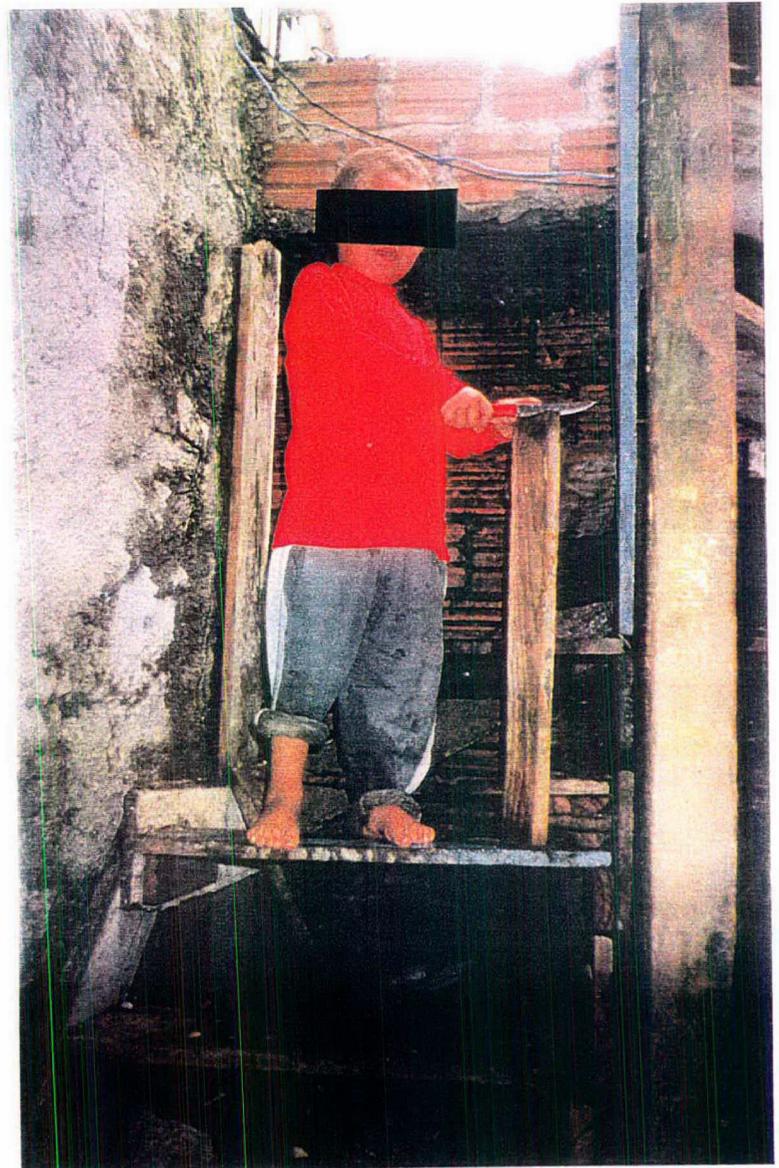
VANRELL, Jorge Paulete, Maus tratos na infância. [www.geocities.com/capitolpnn/parnament/5050/persona](http://www.geocities.com/capitolpnn/parnament/5050/persona).

# **ANEXOS**

**ANEXO 1**



*Foto 3*



*Foto 4*



*Foto 5*



*Foto 6*

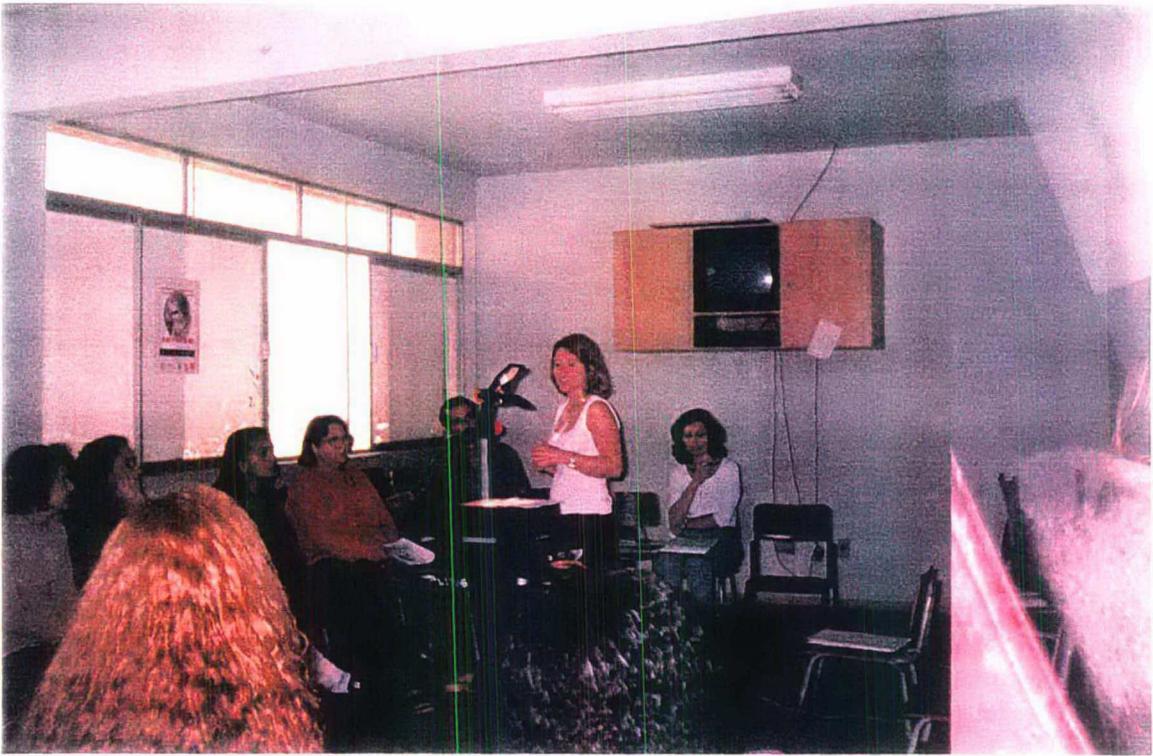


Foto 7



Foto 8



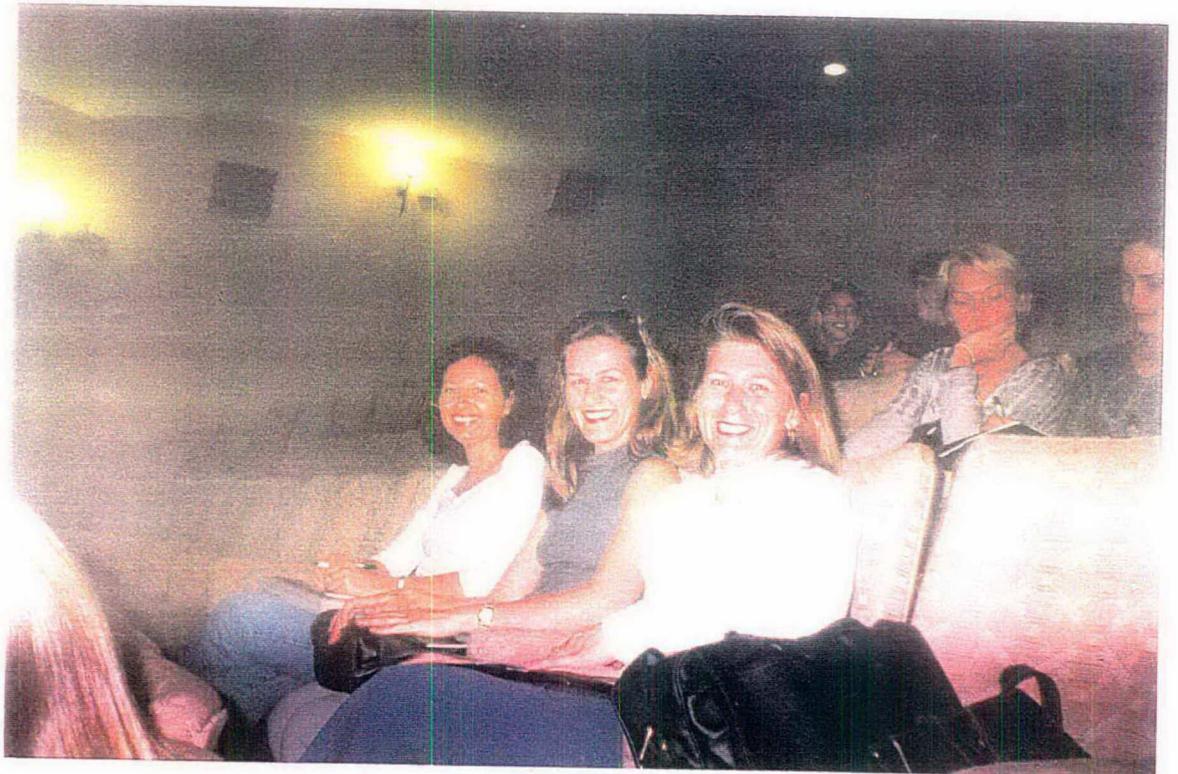
*Foto 09*



*Foto 10*



*Foto 1*



*Foto 2*

**ANEXO 2**

## ITEM I

### Objetivos

#### GERAIS

\* Combater a violência e exploração sexual infanto-juvenil.

\* Construir um espaço regional de articulação entre os integrantes do Fórum Catarinense pelo Fim da Violência e Exploração Sexual Infanto-Juvenil.

#### ESPECÍFICOS

\* Qualificar integrantes do Fórum Catarinense pelo Fim da Violência e Exploração Sexual Infanto-Juvenil, voluntários, agentes públicos e integrantes de ONG's, além de educadores e médicos.

\* Fortalecer os Fóruns Municipais pelo Fim da Violência e Exploração Sexual Infanto-Juvenil e as 13 Regionais do Fórum Catarinense pelo Fim da Violência e Exploração Sexual Infanto-Juvenil.

\* Estabelecer um diagnóstico regional da violência e exploração sexual infanto-juvenil.

\* Estimular a integração entre a sociedade civil e as entidades públicas na luta pelo fim da violência e exploração sexual infanto-juvenil.

### Programa

8:00 horas

**RECEPÇÃO, INSCRIÇÃO E COFFEE BREAK**

8:30 horas

**PALAVRA DA COORDENAÇÃO ESTADUAL**

09:00 horas

**PALESTRA – ABUSO SEXUAL INTRA-FAMILIAR**  
Liliane Machado da Silva - Psicóloga IML

11:00 horas

**TRABALHO DE GRUPO/DIAGNÓSTICO REGIONAL**

12:00 horas

**ALMOÇO GRATUITO NO LOCAL**

13:30 horas

**PALESTRA – VIOLÊNCIA E EXPLORAÇÃO SEXUAL COMERCIAL INFANTO-JUVENIL**

Dr<sup>a</sup> Silvana Melo de Oliveira - Médica Legista IML

15:30 horas

**TRABALHO DE GRUPO/DIAGNÓSTICO REGIONAL E COFFEE BREAK**

17:00 horas

**PLENÁRIA FINAL / ELEIÇÃO DOS DELEGADOS**

## ITEM 2

### PROGRAMAÇÃO

#### SEGUNDA-FEIRA: 18/10/99

- Inscrições e entrega de materiais
- Abertura
- Conferência de abertura

Adalberto Barreto - "PISTAS PARA UM  
BALHO COM ADOLESCENTES" - Doutor em  
Ginecologia pela Universidade René Descartes - Paris,  
Professor da Faculdade de Medicina da Universidade  
Federal do Ceará

#### TERÇA-FEIRA: 19/10/99

- Palestra "Promoção de Saúde"

Adalberto Barreto - Coordenador de Ações Regionais de  
Saúde

- Mesa Redonda - "Trajetória sócio política e  
aspectos legais do ECA"

Dra. Josiane Petry Veronese - Doutora de Direito da  
Criança e do Adolescente

Dr. Gercino Gerson Gomes Neto - Promotor de  
Justiça / Coordenador Estadual do Fórum  
Catarinense pelo fim da violência e exploração  
sexual infante - juvenil.

Coordenador da mesa - Halei Cruz

- 10:00 - Debate
- 10:30 - Coffee Break
- 11:00 - Palestra "Raízes da violência, responsabilidade  
e prevenção"

Cleide Maria Marques Grando \* - Socióloga /  
Pedagoga

Coordenadora da mesa - Mônica de Oliveira Melo

- 11:20 - Debate
- 12:00 - Intervalo para o almoço
- 13:30 - "Dor silenciosa" - Violência Sexual

- // Gerusa Amaral de Medeiros - Professora de Ginecologia-  
Obstetrícia e Neonatologia do Depto. de Enfermagem da  
Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília.

Coordenadora da Mesa - Vânia Lins

- 14:30 - Debate
- 15:00 - Coffee Break
- 15:20 - Mesa Redonda - "Tipos de Violência e Abordagem  
da vítima"

- // Violência Física - Silvana Silveira Medeiros\* - Assistente  
Social da Orionópolis
- // Violência Psicológica - Dulcílio Veloso Cardoso \* -  
Psicólogo e Conselheiro Tutelar de Florianópolis
- // Negligência - Kátia Regina Madeira \* - Assistente Social  
do Projeto Família Saudável / CEVAHUMUS
- // Abordagem da vítima - Cristiane S. Claudino \* -  
Assistente Social e Conselheira Tutelar de Florianópolis.

Coordenadora da Mesa: Leticia Zimmermann

- 16:40 - Debate

- 17:15 - Mesa Redonda - "Profissional da Saúde frente ao  
Fenômeno da Violência".  
"Dificuldade de Identificar, Qualificar e Notificar a  
Violência - como resolver".

- // Elsio da Silva Maitra - Pediatra com formação específica  
na área de abuso contra criança.
- // Maria Eunice Melo Cardoso - Diretora de Pesquisa do  
centro crescer sem violência.

Coordenadora da Mesa: Maria Aparecida Pires

- 18:15 - Debate

#### QUARTA-FEIRA: 20/10/99

- 08:30 - "Fortalecimento do vínculo afetivo  
Familiar"

- // Alberto Olavo Advincula Reis DOUTOR em  
Saúde Pública / USP, Mestrado em Psicologia  
- Universidade de Paris VII  
DOUTOR

Coordenadora da mesa - Nilza Scheid

- 09:30 - Debate
- 10:00 - Coffee Break
- 10:20 - "Caminhos para a prevenção"  
Máira Carvalho Toscano\* - Psicóloga - Formação  
em Terapia Familiar Sistêmica

Coordenadora da mesa - Elizabeth M. Botelho

- 10:40 - Apresentação do filme - Estrelas do mar
- 12:00 - Intervalo para o almoço
- 13:30 - Palestra: "Identificação da violência"

- // Dra. Silvana Melo Oliveira - Médica Clínica  
Geral, Médica Legista do IML, medicina  
comunitária e da família

Coordenadora da Mesa - Fabiola Andrade  
Schmidt

- 14:00 - Debate
- 15:00 - Coffee Break

- 15:20 - Mesa Redonda "Experiências no  
Trabalho de Prevenção e Atenção aos  
casos de Violência Doméstica Contra  
Crianças e Adolescentes".  
Coordenadora da Mesa - Cleusa Fritzen

- 17:45 - Encerramento

\* Especialista em Violência Doméstica Contra Crianças e  
Adolescentes

**ITEM 3**

**INSTRUMENTO PARA PESQUISA**

**Identificação**

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Idade: \_\_\_\_\_

Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

Comunidade de atuação: \_\_\_\_\_

1 – O que você entende por violência?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 – Acha necessário um trabalho sobre violência em sua comunidade? ( ) Sim ( ) Não

Porque: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3 – No seu cotidiano você costuma observar casos de violência: ( ) Sim ( ) Não

Cite Exemplos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4 – Qual a sua atitude frente a violência encontrada:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5 – a) No seu ambiente de trabalho existe algum projeto relacionado à violência:

( ) Sim ( ) Não. Se tiver algum cite qual: \_\_\_\_\_

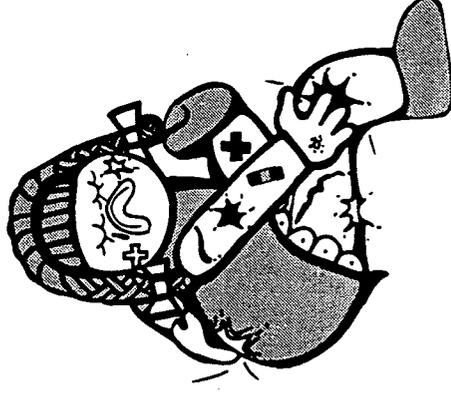
\_\_\_\_\_

**Prefeitura Municipal de Florianópolis**  
Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social  
Departamento de Desenvolvimento Social  
Divisão da Criança e do Adolescente  
Programa S.O.S. Criança

**EDUCAÇÃO INFANTIL**

# Viver sem violência

**ITEM 4**



Elaboração:

Sandra R. Mena Barreto  
Psicóloga-CRP - 12/00448

Sandra C. da Silveira  
Psicóloga-CRP - 12/01132

Florianópolis, abril de 1996.

## APRESENTAÇÃO

Em se tratando da educação dos seus filhos, quantas vezes você se perguntou se estava fazendo o melhor que podia? - muitas vezes você pode ter usado a palmada como recurso para educar seus filhos, e depois, arrependido e sentindo-se culpado, questionou sua atitude.

Saiba que dúvidas e sentimentos como estes estão presentes na rotina diária de muitos pais que descobrem outras formas de tentar estabelecer limites para seus filhos.

Infelizmente a palmada ainda é muito usada como recurso educativo, por não terem os pais outras opções, que não aquela que aprenderam com os seus próprios pais "dar umas boas chineladas".

Pensando nestas questões, nós do Programa S.O.S. Criança, elaboramos este texto que expõe 20 pontos para você refletir antes de pensar em bater no seu filho, como também sugerimos outras práticas educacionais que não o disciplinamento corporal.

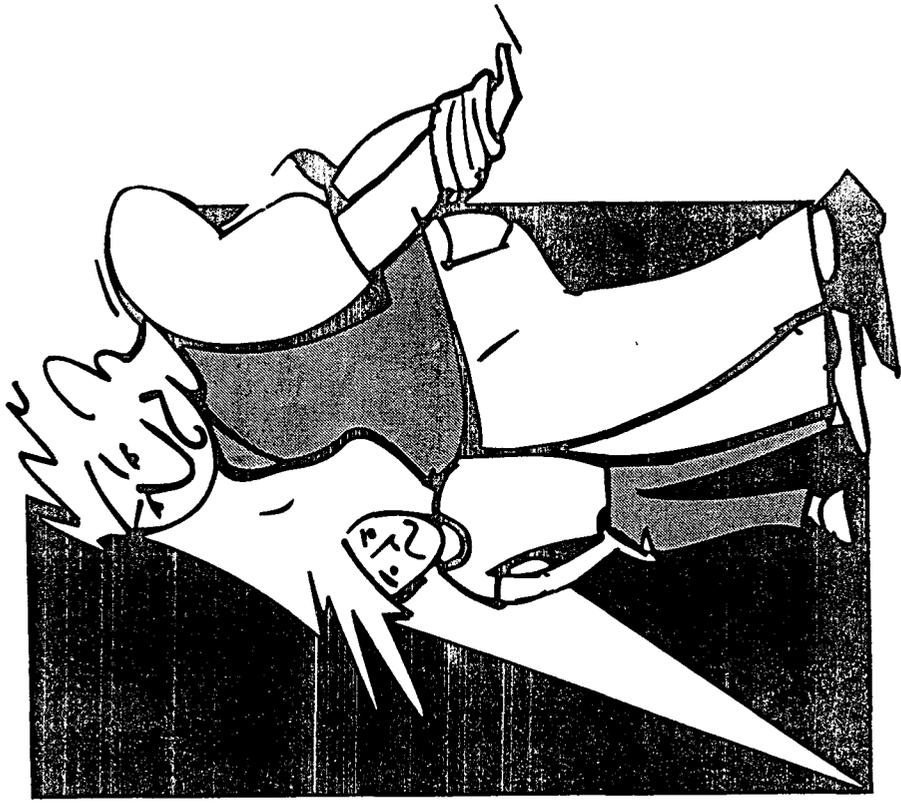
### BIBLIOGRAFIA

- 01 - AZEVEDO, Maria A. S. Guerra, Viviane N. - Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder. São Paulo: Iglu, 1984.  
 02 - BETTELHEIM, Bruno - Uma vida para seu filho. Rio de Janeiro: Campos, 1988  
 03 - MALDONADO, Maria T. - Comunicação entre pais e filhos - A linguagem do sentir - Rio de Janeiro - Vozes  
 04 - SAMALIN, Nancy & Jablow, Martha M. - Amar seu filho não basta - São Paulo - Saraiva '1994  
 05 - ZAGURY, Tânia - Educar sem culpa. A gênese da ética - Rio de Janeiro - Record '1993  
 06 - ZAGURY, Tânia - Sem padecer no paraíso: em defesa dos pais ou sobre a tirania dos filhos - Rio de Janeiro - Record '1991

Maiores Informações - Fones (048) 228-8611 / 228-8846

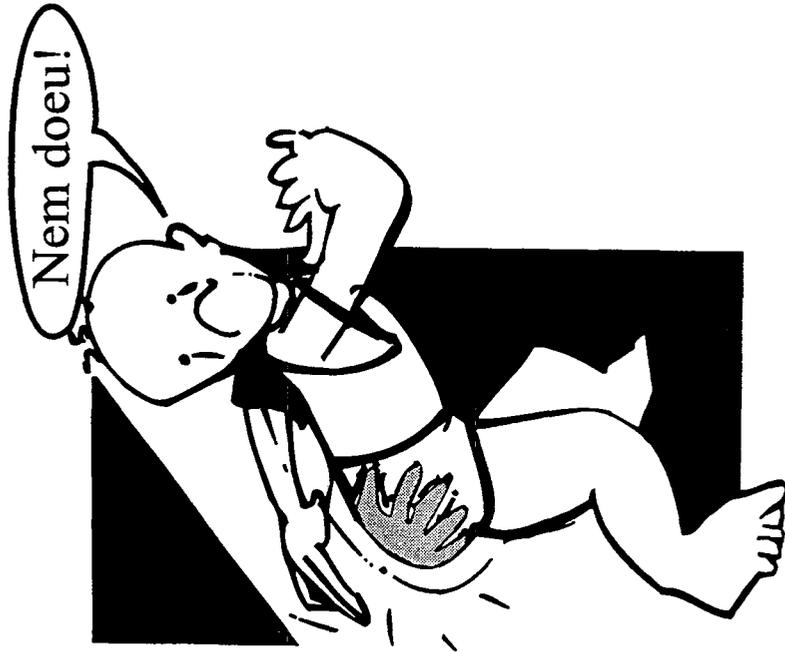
## Pense 20 vezes antes de bater

01 - Bater em alguém mais fraco é em si um ato de covardia.



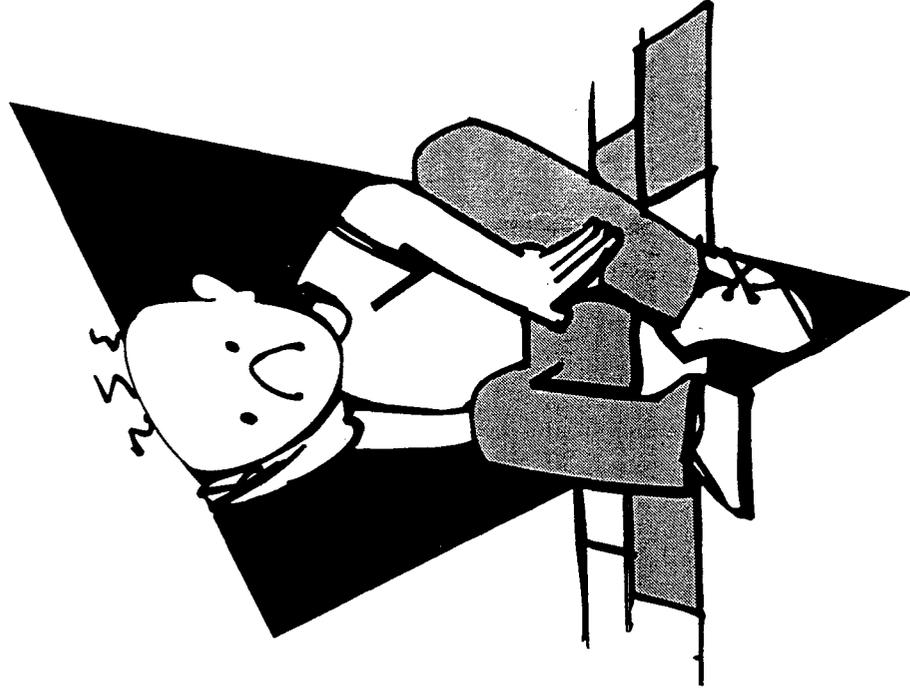
02 - A palmada tende a ir perdendo seu efeito a longo prazo e a criança aos poucos teme menos a agressão física. A tendência aos pais é, então, bater mais e mais, buscando os efeitos que haviam conseguido anteriormente.

03 - A palmada não resolve os conflitos comuns às relações pais e filhos: muitas das crianças que apanham, mesmo sentindo-se magoadas e amedrontadas, enfrentam os pais dizendo que a "palmada não doeu", e o que era apenas um tapinha leve no bumbum, acaba virando uma tremenda surra.



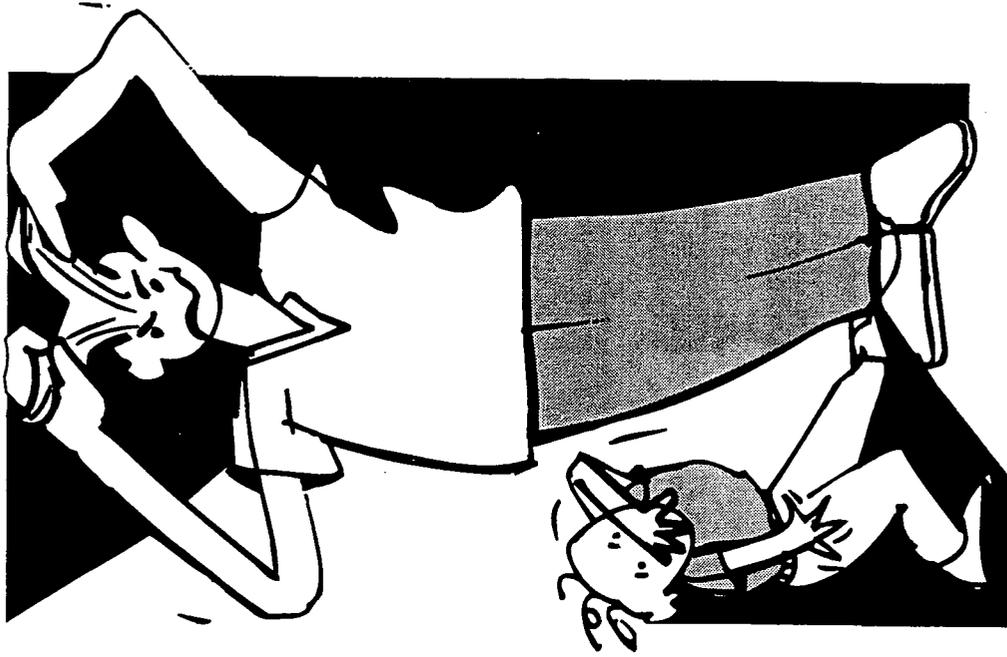
04 - A palmada, aos poucos, pode afastar severamente pais e filhos, pois a agressão física, ao invés de fazer a criança pensar no que fez, desperta-lhe raiva contra aquele que a agrediu.

05 - Os danos emocionais impostos pela agressão física são geralmente mais duradouros e prejudiciais que a dor física.



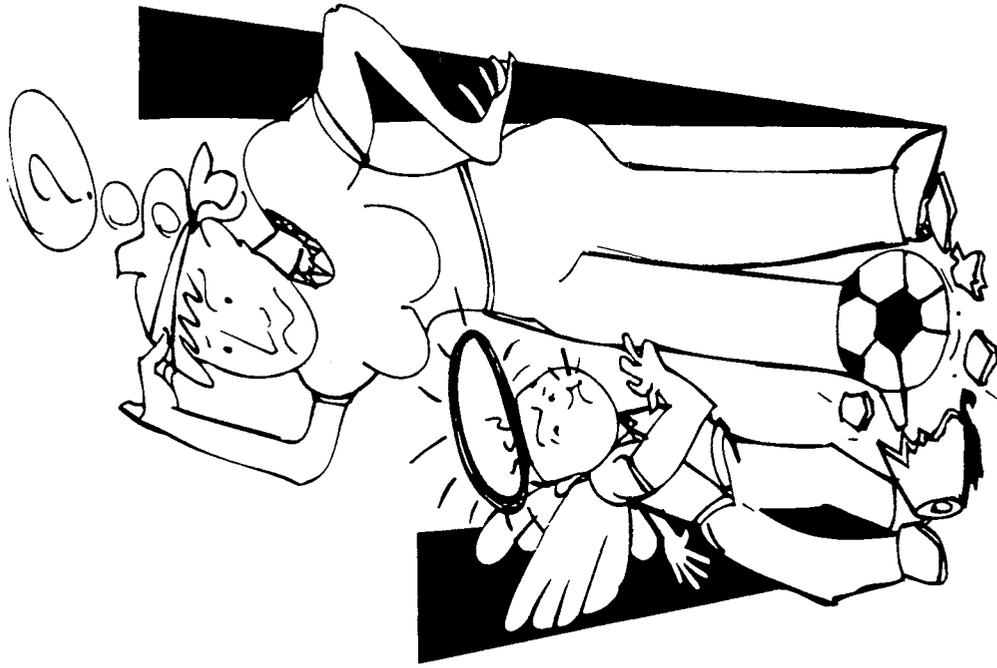
06 - Bater pode ser uma experiência traumática para a criança não apenas pela dor física que impõe, mas principalmente porque coloca em risco a credibilidade depositada por ela nos pais, que é a base para sentir-se amparada e segura.

07 - A criança não pode se sentir segura se sua segurança depende de uma pessoa que se descontrola e para com a qual tem ressentimentos.



08 - A criança que apanha tende a se ver como alguém que não tem valor.

09 - Aos poucos a criança aprende a enganar e descobre várias maneiras de esconder suas atitudes com medo da punição.



10 - A criança pode aprender a mostrar remorso para diminuir sua punição, sem no entanto senti-lo realmente.

11 - Para a criança a palmada anula a sua conduta: é como se ela tivesse pago por seu erro, e por isso pensa que pode vir a cometê-lo de novo.

12 - A palmada não ensina à criança o que ela pode fazer, mas apenas o que não pode fazer, sem que saiba ao menos o motivo. A criança só acredita ter agido realmente errado quando alguém lhe explica o porquê e quando percebe que sua atitude afeta ou abala o outro.



13 - O medo da palmada pode impedir a criança de agir errado, mas não faz com que ela tenha vontade de agir certo.

14 - A palmada tem um caráter apenas punitivo, e não educativo; ela pode parecer o caminho mais fácil a ser seguido, porque aparentemente tem o efeito desejado pelos pais. É comum a criança inibir o comportamento indesejado por medo, e não pela convicção de que agiu de maneira inadequada.

15 - Muitas das crianças que apanham aprendem a adquirir aquilo que querem através da agressão física e, não raras vezes, apresentam na escola condutas agressivas para com os coleguinhas.

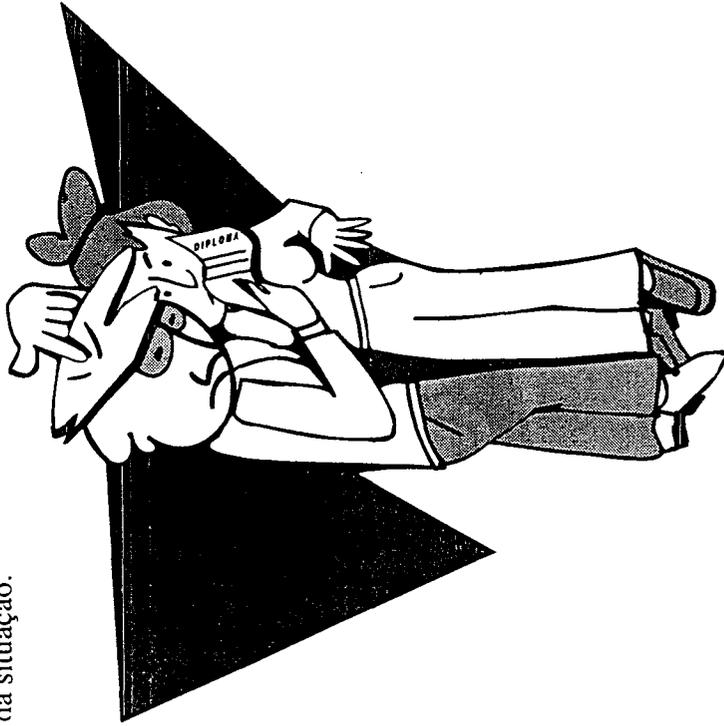


16 - Uma palmada, para um adulto, pode parecer inofensiva. Porém é importante saber que cada criança atribui um significado diferente ao fato de "levar umas palmadas", podendo tornar-se uma experiência marcante em sua vida futura. Além disso, independente da intensidade do bater, o ato continua sendo o mesmo: um ato de violência contra um ser desprotegido.

17 - Bater é uma forma de perpetuação da "cultura da violência" tão presente na relações entre as pessoas nos dias atuais, pois ensina às crianças que os conflitos se resolvem por meio de agressão física.

18 - Bater nos filhos muitas vezes acaba por gerar nos pais fortes sentimentos de culpa, o que os leva a procurar compensar sua atitude posteriormente "afrouxando" aquilo que procuravam corrigir.

19 - Bater é um atestado de fracasso que os pais passam a si próprios (Zagury, 1985) porque demonstram para a criança que perderam o controle da situação.



20 - O sentido da justiça está em fazer aos outros aquilo que gostaríamos que nos fizessem. Quando nós adultos agimos de maneira inadequada, não esperamos punição. Esperamos sim que as pessoas nos compreendam e nos ajudem a agir de maneira certa.

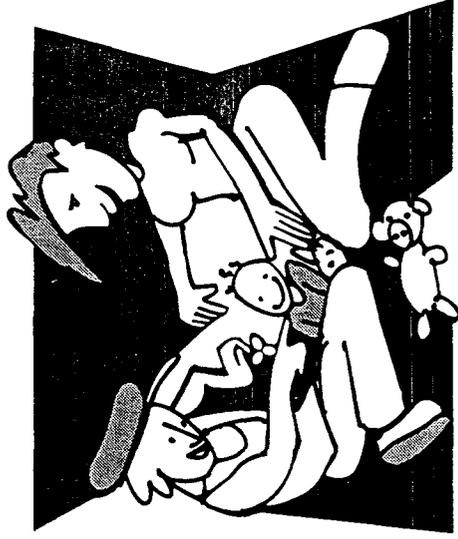
Como você pode ter percebido existem muitas razões para não se bater numa criança.

Agora imagine: se umas simples palmadas podem trazer conseqüências tão danosas, o que dizer daquelas surras que acabam virando uma verdadeira pancadaria?

Alguns autores citam como conseqüências da violência física contra criança e adolescente:

- Auto-estima negativa
- Comportamento agressivo
- Dificuldades de relacionamento
- Dificuldades em acreditar nos outros
- Infelicidade generalizada
- Retardamento mental
- Baixo rendimento escolar

Mas se a palmada é um recurso tão inadequado para resolver os problemas que surgem diariamente na relação pais e filhos, o que podemos usar no lugar dela? Vamos conversar sobre isso.



## A questão dos limites

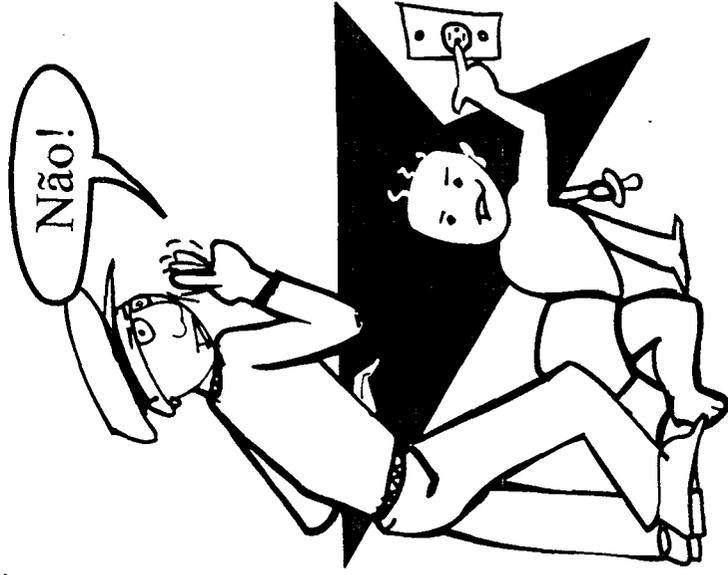
### O QUE SIGNIFICA "COLOCAR LIMITES"?

Significa deixar bem claro para alguém o que é permitido e o que é proibido fazer.

O limite tem, entre outras coisas, a função de ensinar às crianças certas regras de convívio social e, além disso, protegê-la de situações que podem ser perigosas.

### POR QUE AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES PRECISAM DE LIMITES?

01 - Porque a criança, enquanto ser em desenvolvimento, necessita de orientação sobre o que é certo e errado, sobre o que pode e o que não pode fazer.



02 - Porque o limite faz com que a criança perceba que está sob os cuidados de alguém que sabe o que faz, de uma pessoa madura, que tem segurança nos seus atos.

03 - Porque a segurança que uma criança deve ter dependerá sempre da segurança que seus pais demonstram. Pais que sabem dizer "não" com segurança, transmitem este sentimento aos seus filhos.

*"A criança quer e precisa sentir segurança nos pais, porque disso depende a sua própria"* (Zagury, 1991)

04 - Porque o limite é uma das maneiras da criança perceber que alguém se preocupa com ela e a protege.

05 - Porque quando os pais estabelecem um limite para respeitar uma necessidade sua estão se mostrando por inteiro ao seu filho, revelando-se como seres humanos de direito, da mesma forma que lhes mostram que ele também é. Somente com o respeito às necessidades de cada um é que se pode construir uma relação equilibrada, saudável e democrática.

06 - Porque os limites são uma forma da criança compreender que o mundo não é composto somente de pessoas a seu serviço, que existem outras pessoas que precisam ter seus direitos respeitados.

07 - Porque saber dizer "não" para uma criança é prepará-la para a vida, para os muitos "não" que encontrará no mundo lá fora.

08 - Porque crianças que não aprendem noções de limites podem vir a ter problemas de relacionamento com os outros. Estas crianças muitas vezes apresentam dificuldades em respeitar as necessidades das outras pessoas e por conseguinte sofrem muito em lidar com as frustrações inevitáveis da vida.

09 - Porque a capacidade de tolerar frustrações é indispensável ao equilíbrio emocional de todos. O que esperar de uma sociedade forma-

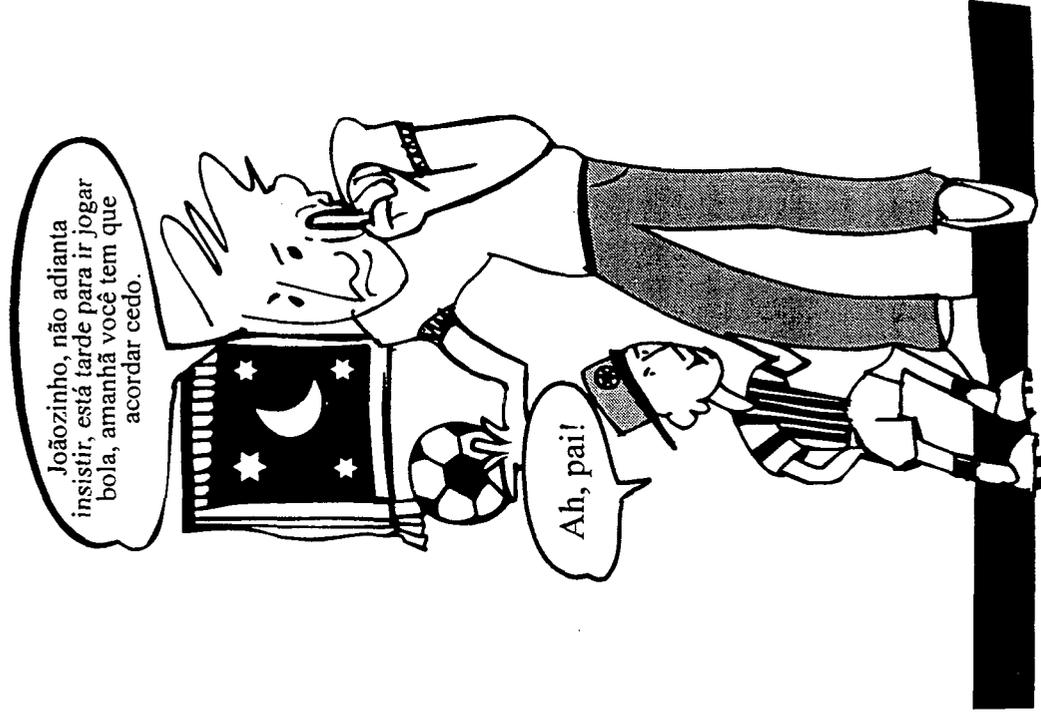
da por pessoas acostumadas a mandar, a ter todos os seus desejos realizados a não respeitar o direito dos outros?

### COMO PODEMOS ESTABELECEER LIMITES PARA AS CRIANÇAS?

**01 - FALAR EM TOM FIRME** - O tom de firmeza é essencial na colocação de limites. Respostas do tipo "acho que não" deixam margem para que a criança não aceite o limite e insista naquilo que quer conseguir. Para ser firme não é preciso gritar nem ser autoritário, apenas é necessário falar com clareza, seriedade e segurança para que a criança perceba que estamos decididos e não adianta insistir. Se a criança perceber um "talvez" em nossa resposta ela voltará a insistir.



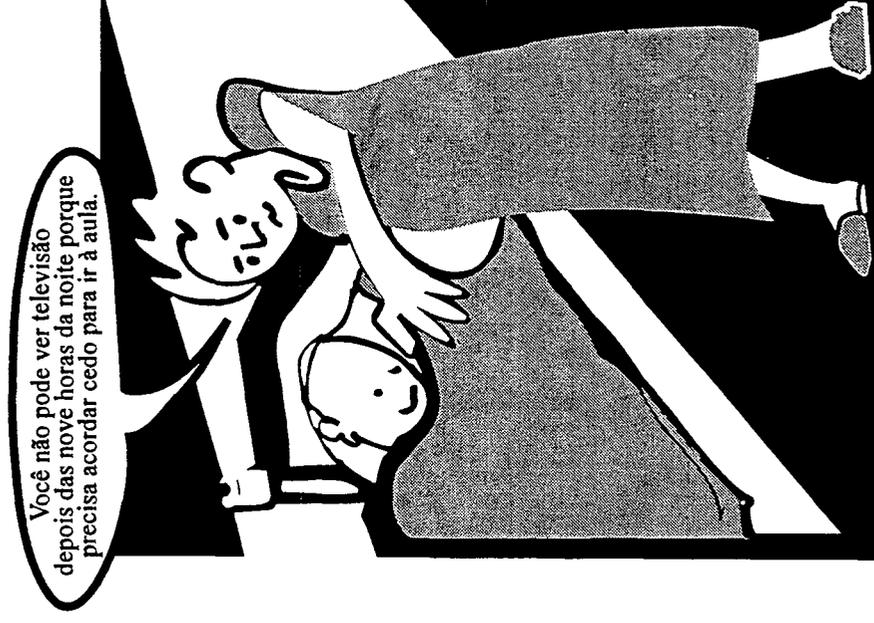
**02 - NÃO VOLTAR ATRÁS NAS DECISÕES** - Uma vez tomada a decisão é muito importante não voltar atrás, a menos que haja motivos muito fortes para tal. Voltando atrás passa-se para a criança a idéia de que se ela insistir pode conseguir o que quer e a tendência é que ela insista sempre.



**03 - SEGURANÇA NÃO EXCLUI FLEXIBILIDADE** - Uma coisa é ter segurança e outra é ser flexível e é justamente a segurança que nos deixa tranqüilos para modificar uma determinada situação sem medo. O importante é que depois de tomada ela seja mantida até o fim. Quando você tiver dúvidas com relação a sua decisão, poderá dizer para a criança que vai pensar e mais tarde lhe dará a resposta.



**04 - EXPLIQUE PARA A CRIANÇA O PORQUÊ DE SUA DECISÃO** - Procure usar frases curtas e objetivas pois a criança entenderá mais facilmente. Não é adequado falar demais e nem se perder em justificativas como se tivesse pedindo desculpas por sua atitude.

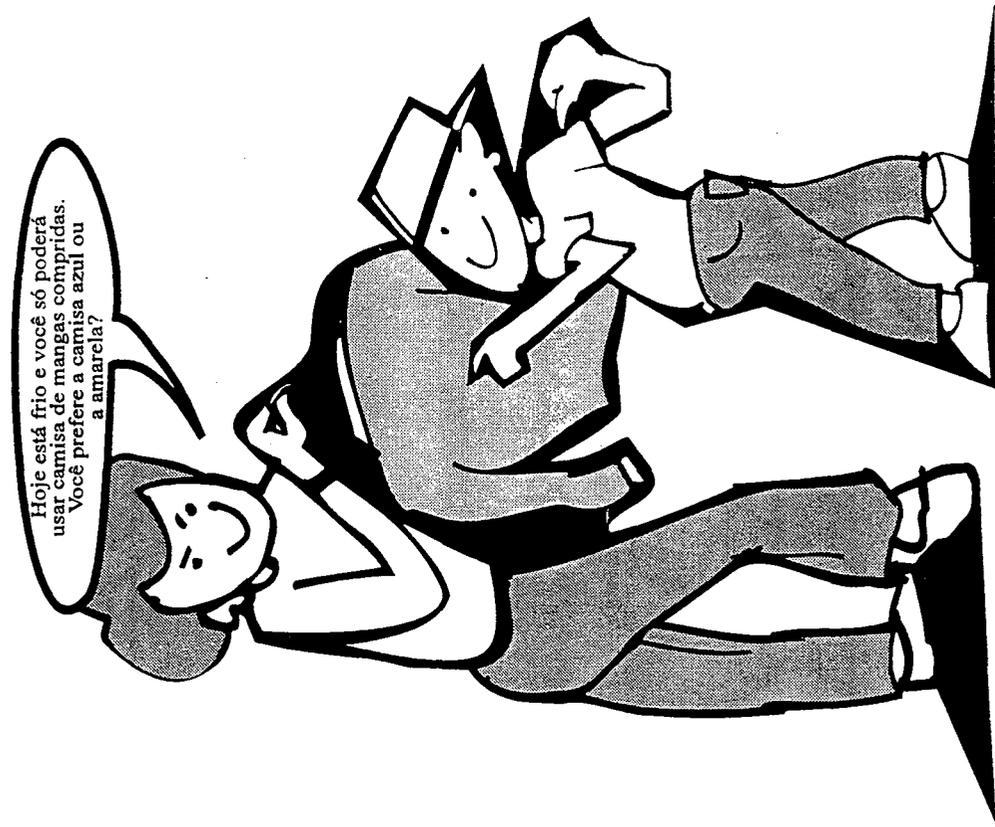


Fale com carinho, converse de maneira sincera, amigável e honesta mas sem perder a firmeza. Seja segura, mas não agressiva. A criança tem grande capacidade para apreender estas situações.

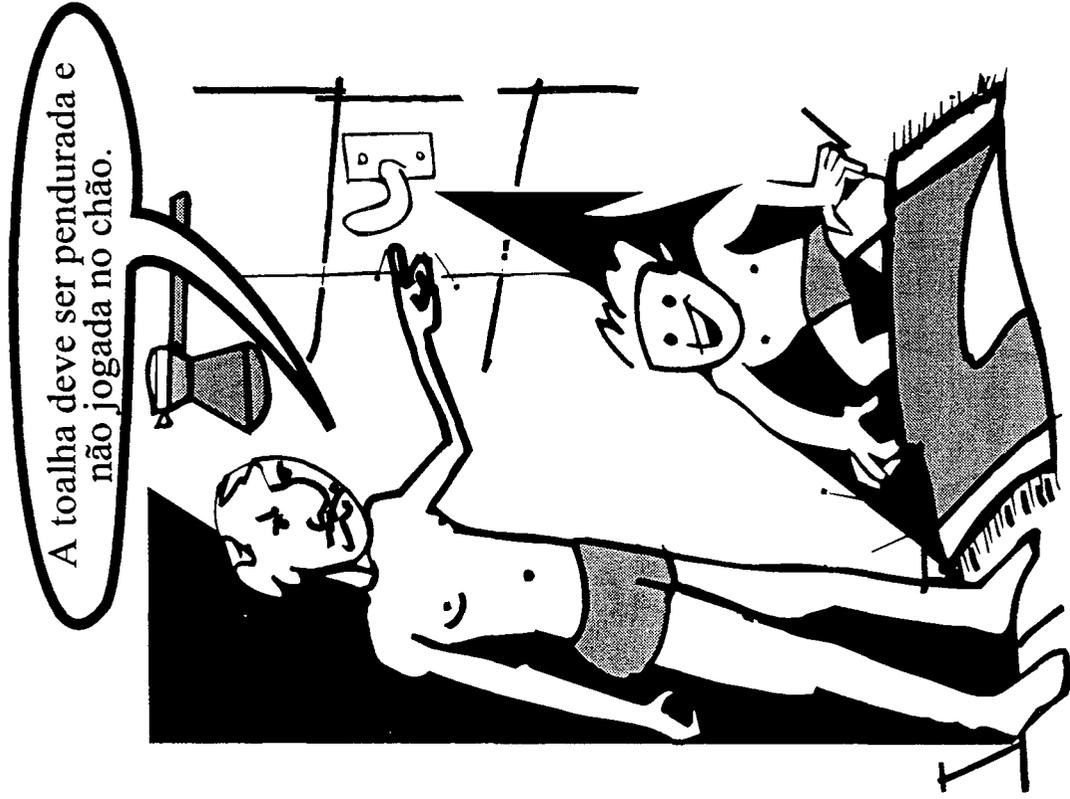
**05 - ACEITAR QUE A CRIANÇA PODERÁ FICAR DES-CONTENTE** - A criança poderá ficar triste ou com raiva no estabelecimento de limites e os pais devem estar preparados para lidar com estes sentimentos. Uma maneira de lidar com o fato é identificar quais os sentimentos que a criança está sentindo e expressá-los para ela, demonstrando compreensão. A tendência é que sentindo-se compreendida a criança aceite mais facilmente o limite imposto.



**06 - OFEREÇA OPÇÕES DE ESCOLHA** - Uma das maneiras de tornar o limite mais fácil de ser aceito pela criança é oferecer-lhe uma certa margem de escolha. A criança sentirá que também tem poder de decisão, o que é muito importante para o desenvolvimento de sua autonomia.



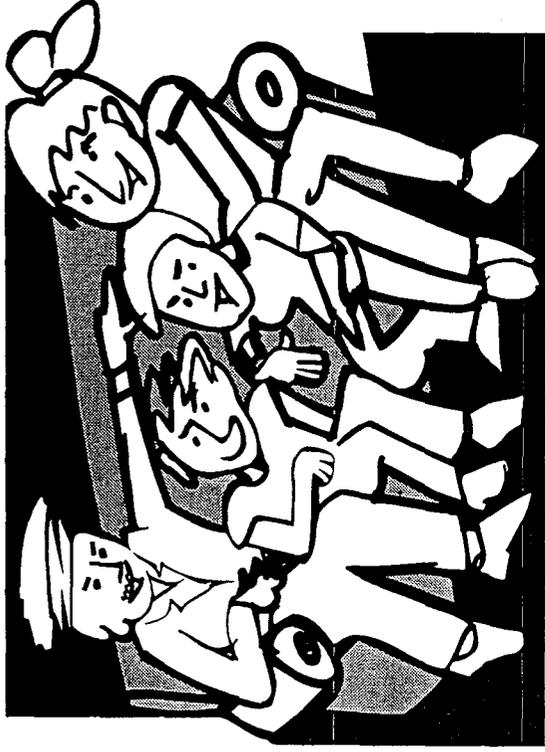
07 - **APONTE A SITUAÇÃO E NÃO A CRIANÇA** - Isto fará com que ela perceba o que deve fazer sem sentir-se acusada ou criticada.



08 - **PAI E MÃE DEVEM TER A MESMA POSTURA NO ESTABELECIMENTO DE LIMITES** - Deve haver concordância entre os limites estabelecido pelo pai e aquele estabelecido pela mãe. Se os dois não concordarem, a tendência é que a criança ou fique confusa, ou siga o que mais lhe convém.



09 - AJUDE SEU FILHO A SER COMPREENSIVO - Para que a criança se torne compreensiva é necessário criar um clima de compreensão mútua na família, habituando a criança a participar sempre que possível das decisões, ao invés de aliená-la dos problemas e da realidade.



## BATE PAPO FINAL

Sabemos quanto é difícil educar crianças. Como os adultos, cada criança tem seu jeito particular de ser e de reagir às situações do dia a dia. Não existem manuais ou receitas que ensinem os pais a resolverem cada uma das dificuldades que vão surgindo na educação de seus filhos.

Entendemos porém que o importante na educação das crianças é sempre revermos as práticas educacionais que adotamos, se estamos de fato fazendo o melhor.

Repensamos o que estamos ensinando às nossas crianças, sabendo de antemão que nossas atitudes muitas vezes ensinam mais do que as palavras que usamos. Repensamos enfim, se estamos tratando nossas crianças como cidadãos de direitos e deveres que, como nós adultos, merecem respeito.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS  
SECRETARIA DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL  
**CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**GUIA DE ENCAMINHAMENTO Nº 815199**

DO : CONSELHO TUTELAR DE FLORIANÓPOLIS - SETOR CONTINENTAL

PARA: Posto de saúde do monte Cristo

IDENTIFICAÇÃO FAMÍLIA NÉVOA

NOME :

CRIANÇA: ( )

ADOLESCENTE: ( )

IDADE:

DATA DE NASC.: / /

SEXO : FEM. ( ) MASC. ( )

ENDEREÇO:

**II- MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO :**

Grata-se de família que necessita de Apoio, orientação e acompanhamento terapêutico. Os pais são usuários de drogas, face a isto, as crianças são vítimas frequentes de negligência e violência psicológica doméstica. Os pais já foram encaminhados para tratamento de desintoxicação psicológica e médico, porém desistem de todos.

Cristiane S. Claudino  
**CONSELHEIRO TUTELAR**

Cristiane S. Claudino  
Conselheira Tutelar

Florianópolis, 06 de outubro de 1999.

CONSELHO TUTELAR  
SECRETARIA DE SAÚDE  
RUA...  
FONE 88075 110

1) Para maiores informações com  
Conselheira Cristiane.

2) A família possui acesso ao telefone da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS  
SECRETARIA DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL  
**CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**GUIA DE ENCAMINHAMENTO Nº 871/99**

DO : CONSELHO TUTELAR DE FLORIANÓPOLIS - SETOR CONTINENT

PARA: *Posto de Saúde - Monte Cristo ...*

IDENTIFICAÇÃO *FAMÍLIA TORNADO*

NOME :

CRIANÇA: ( )

ADOLESCENTE: ( )

IDADE:

DATA DE NASC.: / /

SEXO : FEM. ( ) MASC. ( )

ENDEREÇO:

II- MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO :

*A família necessita de apoio, orientação e acompanhamento temporários.*

*A família é negligente em todos os aspectos, no que diz respeito a saúde, alimentação, higiene, educação, imersa nos cuidados básicos.*

*Sem mais, desde já agradeço.* *Marilúcia T. Schauffert*  
CONSELHEIRO TUTELAR

Marilúcia T. Schauffert  
Conselheira Tutelar

Florianópolis, 08 de Outubro de 1999.

CONSELHO TUTELAR DE FLORIANÓPOLIS  
RUA: HÉTOR  
TELEFONE: 88075-110

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS  
SECRETARIA DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL  
**CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**GUIA DE ENCAMINHAMENTO Nº 868/99**

DO : CONSELHO TUTELAR DE FLORIANÓPOLIS - SETOR CONTINENT

PARA: Posto de saúde do Monte Cristo

IDENTIFICAÇÃO

FAMÍLIA SISMO

NOME :

CRIANÇA: ( )

ADOLESCENTE: ( )

IDADE:

DATA DE NASC.: / /

SEXO : FEM. ( ) MASC. ( )

ENDEREÇO:

II- MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO :

• Orientações/paio/companhamento (art. 101 do ECA)  
• As cas acima referenciadas e atendidas por este Conselho Tutelar, sofrem violência física e psicológica por parte da mãe e do pai. Os pais se comprometem com o Conselho Tutelar em relação a encaminharem, e as aconselham, por determinado tempo, voltando logo na prática da violência em relação os cas.

CONSELHEIRO TUTELAR

Maria Eunice Mello  
Conselheira Tutelar

Florianópolis, 06 de outubro de 1999.

CONSELHO TUTELAR DE FLORIANÓPOLIS - CONTINENT  
RUA: HEITOR BLUM, Nº 521 - ESTRADA  
TELEFONE: 88075-110  
FLORIANÓPOLIS

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS  
SECRETARIA DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL  
**CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**GUIA DE ENCAMINHAMENTO Nº 873 /99**

DO : CONSELHO TUTELAR DE FLORIANÓPOLIS - SETOR CONTINENT

PARA: *Posto de Saúde - Monte Cristo*

IDENTIFICAÇÃO FAMÍLIA CHUVA PASSAGEIRA

NOME :

CRIANÇA: ( )

ADOLESCENTE: ( )

IDADE:

DATA DE NASC.: / /

SEXO : FEM. ( ) MASC. ( )

ENDEREÇO:

II- MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO :

*A família necessita de apoio, orientação e acompanhamento temporários.*

*A criança já foi internada com desnutrição severa e outros problemas no HIGG, sendo que a mãe é muito negligente. Já foi usuária de crack, já "morou" p/ a "ex-rosa" p/ sua mãe; m trabalha, e recebe auxílio de uma tia.*

*M. Martins*  
CONSELHEIRO TUTELAR

Florianópolis, 08 de Outubro de 1999.

*M. T. Schuffert*  
CONSELHEIRO TUTELAR

CONSELHO TUTELAR DE FLORIANÓPOLIS - CONTINENT  
ESTREITO  
RUA: HEITOR ZILLI, Nº. 221  
FONE: (51) 244-669  
FLORIANÓPOLIS  
EP 880/5-110

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS  
SECRETARIA DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL  
**CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**GUIA DE ENCAMINHAMENTO Nº 87999**

DO : CONSELHO TUTELAR DE FLORIANÓPOLIS - SETOR CONTINENTAL

PARA: *Posto de Saúde do Monte Riso*

IDENTIFICAÇÃO FAMÍLIA *BRISA*

NOME :  
CRIANÇA: ( )  
ADOLESCENTE: ( )  
IDADE:  
DATA DE NASC.: / /  
SEXO : FEM. ( ) MASC. ( )  
ENDEREÇO:

II- MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO :

*As crianças acima referenciadas e atendidas por este Conselho, sofrem violência física e psicológica por parte da mãe, que mostra-se "muito nervosa". Atualmente está separada, já fizemos diversos atendimentos, mas a mãe não atende aos encaminhamentos. O pai já entrou p/ processo de guarda das duas crianças. Sem mais, desde já agradeço.*

*Marilúcia T. Schauffert*  
**CONSELHEIRO TUTELAR**  
Marilúcia T. Schauffert  
Conselheiro Tutelar

Florianópolis, 08 de Outubro de 1999.

CONSELHO TUTELAR DE FLORIANÓPOLIS - SETOR CONTINENTAL  
RUA...  
FONE...  
FAX...  
CEP 88075-110

\* A família necessita de orientação, apoio e acompanhamento técnico

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS  
SECRETARIA DA SAÚDE E DESENVOLVIMENTO SOCIAL  
**CONSELHO TUTELAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

**GUIA DE ENCAMINHAMENTO Nº 874/99**

DO : CONSELHO TUTELAR DE FLORIANÓPOLIS - SETOR CONTINENT  
PARA: *Ponto de Saúde Monte Cristo*

IDENTIFICAÇÃO FAMÍLIA VENTO PONTEIRO.

NOME :  
CRIANÇA: ( X )  
ADOLESCENTE: ( X )  
IDADE:  
DATA DE NASC.: / /  
SEXO : FEM. ( ) MASC. ( )  
ENDEÇO:

**II- MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO :**

*O pai, viúvo, esta família esta sendo acompanhada pelo o programa Apoio Socio Familiar. Esta família já recebeu todos os encaminhamentos necessários, porém, o pai vem se prevalendo dos auxílios, não esta trabalhando, e usando de álcool e é negligente com as crianças. Trata-se de uma família que precisa de apoio e orientação e acompanhamento temporário*

CONSELHEIRO TUTELAR  
*Dulcélio V. Cardoso*  
Conselheiro Tutelar

Florianópolis, de Outubro de 1999.

CONSELHO TUTELAR DE FLORIANÓPOLIS - CONTINENT  
ESTREIT  
RUA HEITOR BLUM, Nº. 521  
TELEFONE: (043) 244-5691  
FLORIANÓPOLIS  
CEP 88075-110

ITEM 6

RELAÇÃO DE ATENDIMENTOS REALIZADOS  
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA - CT/CONTINENTE

REFERENTE AO MONTE CRISTO

TIPOS	09/99	10/99	11/99
Violência Física	01	18	07
Violência Sexual	-X-	-X-	-X-
Violência Psicológica	03	18	07
Negligência	08	23	37
Feminino	04	12	13
Masculino	08	27	24

## ITEM 7

# PROGRAMA

### 07 de outubro de 1999

14h às 14h30 - Credenciamento

14h30 às 15h - Abertura oficial

15h às 16h - Conferência:  
**A Idade Mínima para o Trabalho -  
Proteção ou Desamparo?**

— Dr. Ricardo T. M. da Fonseca  
Procurador Chefe/Procuradoria  
Regional do Trabalho/15ª  
Região/Campinas/SP

16h às 16h15 - Debates

16h15 às 17h - Conferência:  
**Os Fóruns de Erradicação do  
Trabalho Infantil e a Gestão da  
Política de Atendimento**

Soleny Alvares Hamú  
Coordenadora do Fórum  
Nacional/Brasília/DF

17h às 17h15 - Debates

### 08 de outubro de 1999

08h às 09h - Conferência:  
**Raízes Sociais e Perspectivas para as  
Crianças e Adolescentes no Brasil**

Dra. Marta Campos  
Profª. de Política Social/PUC/SP

09h às 09h15 - Debates

09h15 às 09h30 - Intervalo

09h30 às 11h45 - Paineis:  
**Experiências Alternativas para  
Erradicação do Trabalho Infantil e  
Profissionalização.**

• PAI - Programa de Ações Integradas  
Dra. Maria Beatriz Mello da Cunha  
OIT/IPEC/Brasília/DF

• UNICEF - Fundo das Nações Unidas  
para a Infância

Dra. Arabela Estrela Rotta  
Oficial da Área de Direito da  
Criança e do Adolescente/  
UNICEF/Brasília/DF

• Programa Empresa Amiga da  
Criança/Fundação Abrinq

Dr. Caio Luis Carneiro Magri  
Coordenador do  
Programa/Fundação ABRINQ

• Casas Familiar Rural - EPAGRI  
Dr. Ludgero Lengert  
Coordenador do Programa/EPAGRI/SC

11h45 às 12h10 - Debates

14h às 15h30 - Conferência:  
**O Papel do Fórum na  
Consolidação da Cidadania da  
Criança e do Adolescente.**

Profª Dra. Irene Rizzini  
Socióloga/Universidade Santa  
Úrsula/RJ

15h30 às 15h45 - Debates

15h45 às 16h00 - Intervalo

16h às 16h30 - Paineis:  
**Os Impactos do Trabalho Precoce  
no Desenvolvimento Biopsicossocial  
da Criança e do Adolescente.**

Dra. Dulce Camillo de Souza  
Médica do Trabalho/DRT/SC

16h30 às 17h00 -  
Encaminhamentos/Encerramento

## Objetivos:

- Aprofundar a compreensão sobre a idade mínima para o trabalho;
- Contextualizar a questão do trabalho infantil em âmbito internacional, nacional e local;
- Debater formas de integração entre instituições envolvidas com a questão da criança e do adolescente.

## Dirigido a:

- Conselheiros Tutelares;
- Conselheiros de Direitos;
- Conselheiros de Assistência Social;
- Pessoas que atuam direta ou indiretamente nas questões relacionadas a crianças e adolescentes.

VAGAS LIMITADAS

# SEMINÁRIO ESTADUAL SOBRE O TRABALHO INFANTO-JUVEN

Florianópolis, 02 de dezembro de 1999.

Prezada Banca e alunas

Impossibilitada de estar presente neste dia tão importante de avaliação na banca das alunas da 8º fase de Enfermagem Fabíola, Michela e Sandra, como também na apresentação de seu valioso trabalho para o público, nos dias 07 e 08 deste mês.

Venho através desta colocar minha contribuição e avaliação do estágio curricular da disciplina de Prática Assistencial Aplicada realizado pelas alunas e supervisionado pela prof. Edilza Ribeiro em nossa Unidade de Saúde do Monte Cristo juntamente com os agentes comunitários de saúde e a comunidade do Monte Cristo.

As alunas mostraram capacidade de liderança, clareza em suas abordagens sobre o assunto proposto – Prevenção da Violência contra Crianças e Adolescentes, excelente dinâmica de trabalho com o grupo de agentes comunitários no sentido de formá-los e orientá-los sobre o tema proposto, responsabilidade com as atividades desenvolvidas, respeito pelo processo educativo com a comunidade, diálogo fraterno e profissional com a comunidade e agentes de saúde, iniciativa em realizar suas atividades de acordo com os objetivos proposto pelo projeto, vontade de aprender e ensinar com as supervisoras e comunidade, ética quanto aos casos de violência levantados na comunidade, preocupação em acompanhar os objetivos e metodologia proposta no projeto, enfim foi um estágio inovador, responsável, profissional, capacitador, que com certeza deixou frutos que serão continuados no trabalho dos agentes comunitários e na relação mais estreita com o Conselho Tutelar.

Juntamente com a Enfermeira Maria Catarina, fiquei muito feliz de poder contribuir no processo de aprendizado e abrir novas perspectivas de campo de estágio para os alunos enfermeiros.

Desejo à essas meninas cheia de gás e maturidade uma feliz apresentação e uma certeza de que estarão brilhando o caminho certo de profissional enfermeiro.

Um beijo fraterno

  
Teresa Gaio



P.S. Em tempo deixo minha avaliação do estágio: 10,0.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787  
e-mail: [nfr@repensul.ufsc.br](mailto:nfr@repensul.ufsc.br)

DISCIPLINA: ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA INT 5134

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O trabalho atendeu os requisitos da ~~VIII~~ Unidade Curricular, demonstrou as possibilidades de prática na prevenção da violência doméstica contra crianças e adolescentes e foi aprovado com conceito A.

Edilza Maria Ribeiro  
17.12.99