



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



## **Maus-tratos contra crianças e adolescentes: como pensam e agem os profissionais de saúde?**

**Orientadora: Ceci Vilar Noronha**

**Ana Clara de Rebouças Carvalho**

**Salvador – Bahia**

**2009**

**Ana Clara de Rebouças Carvalho**

**Maus-tratos contra crianças e adolescentes: como pensam e agem os profissionais de saúde?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde

Orientação: Professora Doutora Ceci Vilar Noronha

**Salvador – Bahia**

**2009**

**Ana Clara de Rebouças Carvalho**

**Maus-tratos contras crianças e adolescentes: como pensam e agem os profissionais de saúde?**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial à obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva.

---

Profa. Dra. Ceci Vilar Noronha

---

Profa. Dra. Ana Lúcia Ferreira

---

Profa. Dra. Maria Lígia Santos Rangel

**Salvador – Bahia**

**2009**

## AGRADECIMENTOS

Mensagens de agradecimentos costumam ser iguais, portanto, previsíveis: uma lista de nomes importantes, algumas ênfases, e alguns riscos de graves esquecimentos. Apesar da relevância e do valor simbólico do findar de trajetórias, e que aqui encontram espaço para revelar os seus tons, a exaustão e a urgência das conclusões, “sempre provisórias”, comumente comprometem estas breves linhas reflexivas. Confesso que, mesmo cansada e pressionada pelas premências, quis valorizar este espaço o quanto merece: ele celebra a passagem, o rito, as mãos amigas, os bons conselhos, as descobertas, o crescimento etc. Busquei, também, inovar um pouco em sua forma acadêmica já tão esgarçada pelo uso.

É certo que não conseguirei fugir da famigerada relação de nomes, mesmo porque, no final das contas e como aprendi num filme, as pessoas, as relações tecidas com elas, são sempre a razão de ser da experiência vivida porque os paradigmas passam, as teorias vêm e vão, as ações se modulam ou se reorientam, mas as relações construídas ficam, e as pessoas vivem, apesar dos pesares. A propósito, o filme era “Invasões Bárbaras”, uma doce reflexão sobre a vida acadêmica e seus frutos.

Aqui, portanto, não vou forjar rupturas radicais, mas recorrer aos nomes com certeza! Entretanto, às pessoas associarei afetos; aos afetos, aprendizados (como traz o dito popular, “aprendendo mais no amor” para evitar dores); aos aprendizados, circunstâncias; às circunstâncias, oportunidades concretas para viver o aprendido, com as pessoas, com amor. Mas, vamos aos nomes!

Em primeiro lugar, sempre, meus pais, Urânia e Augusto, de quem devo desconfiar serem expressões divinas, dada o tanto amor, dedicação, cuidado, enfim, tudo aquilo que torna viver possível. Mais uma vez obrigada pelo apoio e confiança em mais uma etapa; e por acreditar nos caminhos escolhidos por esta dentista meio “excêntrica”, digamos assim. Oportunamente, agradeço a eles a felicidade dos meus amados irmãos, Daniel e Fátima, admiráveis companheiros. A todos eles, minha família, meus mais sinceros e intensos agradecimentos sempre!

À Ceci Vilar Noronha, a honra pela sábia e experiente orientação, muitas vezes, desvelada em tom maternal: paciente, acolhedora, inteligente que só ela! Obrigada por tudo, desde aqueles primeiros contatos tímidos, mas sempre bem correspondidos, aos bons frutos desta convivência de pouco, mas intensos anos. Obrigada pelas tantas oportunidades que fizeram desta trajetória algo muito mais do que uma titulação. Muito grata também aos demais professores do ISC ou convidados, especialmente, às professoras Maria Conceição Costa, colaboradora da qualificação deste projeto; Lígia Rangel, sempre presente e atenciosa; Ana Lúcia Ferreira, da cidade maravilhosa, generosamente, à nossa casa; e àqueles mais próximos: Jairnilson Paim, de quem sempre ganho um sorriso amigo pelos corredores; Leny Trad, pelas oportunidades e votos de confiança; e Eduardo Paes Machado, sempre conduzindo para conhecimentos muito valiosos. Obrigada, mestres, pelos estímulos e reconhecimento! E justiça seja sempre feita: agradeço à secretaria de pós-graduação, em especial, à Nuncy e à Taís, sempre competentes, ali, naquelas imprescindíveis e fundamentais providências.

Aproveito e estendo os agradecimentos aos amigos e companheiros de jornada, Andrija Almeida, com quem aprendo muito, Rafael Cerqueira, sempre colaborador, Mirella Ribeiro, pela leveza das trocas, Miriam Gracie Plena e Leady Johanna Tellez, colegas de mestrado e amigas daqui para o futuro. À Fernanda Blanco Vidal porque eu não costumo esquecer os passos iniciais: obrigada pelos tantos aprendizados. E, claro, às amigas de profissão, Patrícia Barbosa, Ilana Miranda e Daisyane Sodré, fiéis companheiras e essenciais incentivadoras dos primeiros passos acadêmicos.

Por falar em passos iniciais, aos amigos e colegas do Departamento de Odontologia Social e Pediátrica e do Programa de Educação Tutorial (PET), matrizes da minha formação, meus profundos agradecimentos. Sem citar nomes para evitar injustiças, devo dizer que cada um tem sua forma especial de contribuir, de inspirar e de compartilhar riquezas da teoria à prática. Muito obrigada pelos incentivos e torcida sempre.

Aos profissionais do Hospital da Criança das Obras Sociais Irmã Dulce, destacadamente, à Dra. Ana Rolim, e do Centro Pediátrico Professor Hosannah Oliveira, em especial, às assistentes sociais Angelina Carvalho e

Ana Paula Alencar. A viabilidade deste trabalho esteve também na disponibilidade atenciosa de vocês. Minha gratidão e reconhecimento a todos!

À família Avellar de Moraes, adotada de coração, pela acolhida e injeções diárias de ânimo, especialmente, à Cibelle Avellar de Moraes, cúmplice fiel desta conquista, dos momentos árdus, e dos mais brilhantes também. Agradeço, em tempo, às amigas “pra sempre” pelos imprescindíveis momentos de desabafos boêmios e pelos sonhos “mais finos” compartilhados, em especial, à Clarissa Rebouças e à Luciana França (amigas de nascença); à Marília e Aline Prado; à Mariana Diniz; e às amigas mais recentes, Juliana Rangel e Gabriela Teixeira, minhas *designers* “deveras dignas” e Ludmila Tourinho, futura socióloga com que hei de trocar muitos aprendizados. Aos menos freqüentes, mais não menos amados por isso, digo melhor então, aos meus amigos mais raros, meus agradecimentos e expectativas de reencontros, sempre.

A todos, sinceramente, muito, muito obrigada!

## EPÍGRAFE

Diz o poeta da infância:

“Vocês já repararam no olhar de uma criança que interroga? A vida, a irrequieta inteligência que ela tem? Pois bem, você lhe dá uma resposta instantânea, definitiva, única – e verá pelos olhos dela que baixou vários risquinhos na sua consideração!”

(Mário Quintana, em Para levar a infância a sério)

Parodiando o poeta, digo:

É preciso enxergar a criança com outros olhos. É preciso reinventar a infância a ponto de olhá-la, a criança, com os olhos dela mesma, espontâneos, encantados, encantadores. Já diziam sabiamente que a criança é o mestre do homem. O desafio está posto: olhar de criança reinventa o mundo.

Ana Clara Rebouças

## RESUMO

O fenômeno da violência doméstica transpõe barreiras culturais e socioeconômicas e, no Brasil, constitui-se um problema de saúde pública relevante nas últimas três décadas. O presente estudo objetivou analisar as representações e ações dos profissionais de saúde acerca dos maus-tratos dirigidos à criança e ao adolescente. Especificamente, buscou-se conhecer as noções, opiniões e valores destes profissionais acerca do problema em foco; as ações de diagnóstico, de notificação, de encaminhamento e acompanhamento dos casos e das suspeitas de maus-tratos; além de identificar ações de prevenção de tais episódios. A estratégia metodológica adotada para tal fim centrou-se na incursão etnográfica de duas instituições de referência no atendimento pediátrico da rede pública de Salvador. Os principais resultados indicam que as representações dos maus-tratos agregam valores e noções que encontram precedentes no processo histórico relacionado às próprias representações da infância e da adolescência desde as sociedades tradicionais que, como retrata Ariès (1981), *via mal a criança, e pior ainda o adolescente*, às concepções contemporâneas que, como defende Frota (2007), *abrem espaço para a multiplicidade e parcialidade das representações destas faixas etárias*. No plano das ações, evidenciam-se ainda que resistências e dificuldades observadas perpassam desde as ações diagnósticas ao encaminhamento e acompanhamento dos sujeitos e suas famílias. Dentre as fragilidades encontradas destacam-se aqui a modesta incorporação do tema ao conjunto de saberes e das práticas do setor profissional da saúde; a ênfase sobre as ações estanques e individualizadas em detrimento do processo de trabalho compartilhado coletivamente nas instituições; deficiências de caráter intersetorial; e um foco incipiente na perspectiva integradora e preventiva.

**PALAVRAS-CHAVE:** maus-tratos infantis; violência doméstica; assistência à saúde; intersetorialidade.

## ABSTRACT

The phenomenon of domestic violence transposes cultural, social and economic barriers. In Brazil, it has been a relevant public health problem, in the last three decades. This research had as objective to analyse the health professionals' representations and actions, about the maltreatment with children and adolescents. Specifically, I tried to understand the notions, opinions and values of these professionals about the problem in focus; the diagnosis, the notification, guiding and accompaniment of the cases and the suspicion of maltreatment; beyond identifying how to prevent these episodes. The methodology chosen is the ethnography incursion on two important institutions of public pediatric attendance in Salvador, Bahia. The main results show that the representations of bad-treatments add values and notions precedents on the historic process about the infancy and adolescence, since the traditional society that, as portraits Airès (1981), saw bad to the child and worse to the adolescent, to the modern conceptions that, as says Frota (2007), open space to the multiplicity and partiality about the representations of these ages. About the actions, it still can be seen resistance and the difficulties exist from diagnostic actions to the guiding and accompaniment of the person and families. Amongst the founded fragilities, the most important thing is the lack of knowledge about the subject by the professionals; the emphasis on the stanch and individualized actions, in detriment of the work process shared collectively in the institutions; intersectorial character deficiencies; and an incipient focus on an integrator and preventive perspective.

KEY WORDS: child maltreatment; domestic violence; health care; intersectorial.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO TEÓRICA	18
2.1	MAUS-TRATOS: DISCUTINDO QUESTÕES CONCEITUAIS	18
2.1.1	Maus-tratos enquanto conceito: delimitações e heterogeneidades	18
2.1.2	Maus-tratos como violência doméstica	31
2.2	VIOLÊNCIA E SAÚDE: DESAFIOS E POTENCIALIDADES	38
3	METODOLOGIA	46
3.1	A ESCOLHA DO OBJETO DE PESQUISA	46
3.2	O MÉTODO DE ESTUDO	53
3.2.1	Etnografia, representações e ações	53
3.2.2	O trabalho de campo: espaços-tempo, sujeitos e instrumentos	57
3.2.3	Análise de dados	65
3.3	QUESTÕES ÉTICAS	66
	<b>CAPÍTULO I:</b>	
	OS CENÁRIOS DAS REPRESENTAÇÕES E AÇÕES EM FOCO	68
1.1	O HOSPITAL DA CRIANÇA DAS OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE	69
1.2	O CENTRO PEDIÁTRICO PROFESSOR HOSANNAH OLIVEIRA	83
	<b>CAPÍTULO II:</b>	
	AS REPRESENTAÇÕES DOS MAUS-TRATOS	98
2.1	CONCEITUAÇÕES DOS MAUS-TRATOS	98
2.1.1	Maus-tratos como excesso de “correção disciplinar”	113
2.1.2	Maus-tratos como “omissões” ou “carências”	115
2.1.3	Maus-tratos como violência	117
2.2	DEFINIÇÃO DE CASOS DE MAUS-TRATOS	119
2.2.1	Tipificação dos casos de maus-tratos	120
2.2.2	Gradação dos casos segundo a severidade	126
2.2.2.1	Os casos “leves” ou “moderados”	127
2.2.2.2	Os casos “graves” ou “severos”	128
	<b>CAPÍTULO III:</b>	
	AÇÕES FRENTE AOS MAUS-TRATOS	130
3.1	AÇÕES DE DIAGNÓSTICO DOS MAUS-TRATOS	130
3.2	AÇÕES DE NOTIFICAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DOS CASOS	142
3.3	AÇÕES DE ACOMPANHAMENTO DOS CASOS	149
3.4	AÇÕES DE PREVENÇÃO DOS MAUS-TRATOS	150
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	154

5	RECOMENDAÇÕES	157
	REFERÊNCIAS	160
	ANEXOS	168

## 1. INTRODUÇÃO

Os questionamentos que suscitaram este estudo ergueram-se em face à magnitude das violações, das mais diversas naturezas, cometidas contra a criança e o adolescente, e à complexidade da intervenção sobre tal problemática, particular e especialmente, no contexto da atenção e da assistência à saúde. Originalmente, tais questões também partilharam do pressuposto de que a redução das variadas formas de violência interpessoal, especialmente aquelas que se expressam na esfera da vida privada, configurasse como o fator que mais contribui para a pacificação da sociedade (SUAREZ E BANDEIRA, 2000).

Nesta lógica, questionou-se até que ponto este pressuposto comporia a percepção da sociedade civil, particularmente, dos profissionais de saúde; e, por conseguinte, quais representações balizariam as ações de prevenção dos maus-tratos contra crianças e adolescentes. O necessário exercício do recorte metodológico conduziu estas interrogações mais amplas à pergunta de investigação específica desta pesquisa: quais as representações dos profissionais de saúde acerca deste problema? Quais as principais ações realizadas em termos de intervenção e prevenção de eventos de maus-tratos contra crianças e adolescentes por estes sujeitos, em determinados contextos institucionais?

Objetivou-se, portanto, descrever as representações e as ações, assistenciais e preventivas, por parte dos profissionais de saúde sobre os maus-tratos contra o referido público, através das instituições em estudo. Especificamente, no plano das representações, buscou-se conhecer as noções, opiniões e valores acerca do problema. No plano das ações, os objetivos se dirigiram à identificação das ações de diagnóstico dos casos e das suspeitas de maus-tratos contra crianças e adolescentes; à descrição das ações de notificação, de encaminhamento e de acompanhamento dos casos e das suspeitas de maus-tratos; e ao conhecimento de possíveis ações de prevenção de episódios de maus-tratos contra crianças e adolescentes na rotina de duas instituições referencias no atendimento pediátrico da rede pública de Salvador.

Ao longo da trajetória da realização desta pesquisa, através da imersão no campo, foi possível dialogar com diferentes sujeitos sobre o tema, a exemplo de assistentes sociais, psicólogos, pedagogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, médicos, residentes e, eventual e inusitadamente, com algumas mães. Deste modo, e quanto à aproximação dos objetivos previstos, estive rodeada de percepções do universo de adultos acerca das violências cometidas contra as crianças e os adolescentes. Estes últimos, todavia, foram os únicos que não tiveram voz em nenhum momento do trajeto, muito embora as violências, que propus investigar, estivessem sido dirigidas, prioritariamente, a eles.

Tal marginalização involuntária destes sujeitos, apesar da clareza do recorte dado a esta pesquisa, causou-me, a princípio, uma estranheza meio inespecífica, e, ao final do percurso, a certeza de um mal-estar. De tão dependente que é a nossa observação dos quadros de referência que adotamos (CHALMERS, 1995), é interessante ressaltar que esta sensação me foi possível mais em virtude de incursões teóricas do que pela experiência empírica em si. Esta última confirmou o que o olhar poderia enxergar a partir de então, destas novas “lentes”.

Estas inusitadas e mais recentes inquietações certamente reorientariam o rumo das perguntas deste estudo, especialmente, em direção aos princípios que balizam o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, LEI 8069/90). Assim, muito antes da preocupação instrumental em se reduzir a violência interpessoal em nome de uma suposta pacificação da sociedade, caberia, em primeiro lugar, questionar-se até que ponto a condição cidadã de crianças e de adolescentes, essencialmente, sujeitos de direitos, tem sido incorporada no imaginário social e, por conseguinte, efetivada em seus desdobramentos práticos.

Frente a tais reflexões colaterais vivenciadas, e após me aproximar, ao longo deste trabalho, da forma de pensar e agir dos profissionais de saúde, confesso que uma inevitável curiosidade se aflorou em mim. Curiosidade esta que apresento aqui em forma de pergunta, a qual merecerá, certamente, empenhos futuros: afinal, quais são as percepções das crianças e adolescentes vitimizados acerca das formas de pensar e de agir dos profissionais de saúde diante das suas demandas? Tal pergunta, a priori, de

difícil formulação, traz em seu bojo elementos discutíveis que atravessam desde ordens práticas, da vida real destes sujeitos, às de natureza teórico-metodológica. Não se pretende avançar em profundidade sobre tais elementos, mas apenas aproximá-los como meio de fundamentação da “curiosa” pergunta acima apresentada.

Do ponto de vista teórico-metodológico, a discussão sobre a emergência de uma sociologia da infância, intensificada a partir da década de 80, “tem ocupado um espaço significativo, no cenário internacional, por propor o importante desafio de considerar as crianças atores sociais plenos” (DELGADO E MÜLLER, 2005, p. 351). Ainda estas autoras acrescentam oportunamente que “falar das crianças como atores sociais é algo decorrente de um debate acerca dos conceitos de socialização no campo da sociologia”. Nesta perspectiva, Sirota (2001, p. 9-10) defende que a “redescoberta da sociologia interacionista, a dependência da fenomenologia, as abordagens construcionistas vão fornecer os paradigmas teóricos dessa nova construção do objeto”.

Entretanto, a partir do quadro estrutural-funcionalista, ainda fortemente presente nos estudos relacionados à infância, e também à adolescência, esta “será essencialmente reconstruída como objeto sociológico através dos seus dispositivos institucionais, como a escola, a família, a justiça, por exemplo” (SIROTA, 2001, p.9). Deste modo, esta autora acrescenta: “a atenção dos sociólogos estará, portanto, voltada para as instâncias encarregadas desse trabalho de socialização, para fazer acontecer o ser social”.

A partir de tal constatação, questiona-se aqui se o fato de se conceber “a infância como um simples objeto passivo de uma socialização regida por instituições” (SIROTA, 2001, p.9) já não se constituiria uma violência de base, no sentido da destituição da condição de ator social destes sujeitos, seja dentro de um recorte científico, seja dentro do debate social acerca dos seus direitos. Trata-se, então, de se indagar se este estudo representaria “mais um” no qual as instituições falam mais “do” e “por” aqueles que vivenciam diversas manifestações de violência. Ou ainda questionar-se, como sugere a autora, se estivemos nos voltando mais uma vez “para ‘aqueles que não têm palavras’, segundo a origem etimológica de *in – fans*, aquele que não fala” (SIROTA, 2001, p. 9), ao invés de concebê-los atores sociais plenos, e, portanto,

necessários ao processo de compreensão dos fenômenos que lhes envolvem. Em se tratando deste estudo, as respostas a estas questões seriam evidentemente positivas se não fosse por um fundamental detalhe: a tomada de consciência destas novas perspectivas conduziu em todo momento, como uma inspiração de fundo, a análise dos dados, isto é, apesar de centrada na fala de outrem, o olhar sobre crianças e adolescentes não se esquivou de enxergá-los sujeitos plenos.

Percebe-se até aqui que mais se falou das contingências relacionadas à infância em detrimento daquelas vinculadas à adolescência. Não se tratou de um descuido ou, pior, de aceitá-los indissociáveis. Tal desproporção é reflexa de uma ainda escassa produção teórica acerca desta última. Assim, não há, por exemplo, uma “sociologia da adolescência”; sendo que a maioria dos estudos consultados sobre este objeto associa-se mais às áreas da psicologia ou do direito. De todo modo, Frota (2007, p. 153) sinaliza que, “assim como a infância, a adolescência é também compreendida hoje como uma categoria histórica, que recebe significações e significados que estão longe de serem essencialistas”.

Indubitavelmente, dada as especificidades do objeto, a adolescência careceria de aprofundamentos teórico-metodológicos conforme se observam nos investimentos em torno da infância. Entretanto, o que se têm visto, além desta relativa carência, são as presenças hegemônicas de um pensamento bio-naturalista e de um androcentrismo na formulação do seu conceito, segundo confirmam Reis e Zioni (1993, p. 472). Não raro, os estudos partem de pressupostos universalistas em torno da adolescência, nos quais se tendem a naturalizá-la ou padronizá-la, em contraposição ao seu caráter histórico-social (PERES E ROSENBERG, 1998, p. 55); ou, na melhor das hipóteses, mas muito menos freqüentes, adotam a vertente culturalista da antropologia, a partir da qual é possível se promover um “enriquecimento conceitual pela adjunção do social à idéia da adolescência” e, indiretamente, a condição intelectual de se superar “os aspectos bionaturalistas que intoxicavam a noção de adolescência” (REIS E ZIONE, 1993, p. 473).

Nestas perspectivas, as linhas de estudo seguem majoritariamente duas tendências, ao menos na literatura nacional: uma, na qual infância e adolescência são tratadas de forma associadas ou sem delimitações claras de

suas especificidades, que ultrapassem a mera dimensão biológica; e outra, na maioria das vezes, de natureza funcional-estruturalista, cuja peculiaridade é o tratamento do objeto necessariamente vinculado a determinados fenômenos sociais, tais como a drogadição, a gravidez precoce e o adoecimento por transmissão sexual, a violência, entre outros, menos freqüentes.

A violência oportunamente mencionada, inserida no conjunto das causas externas, responde como uma das principais causas de mortes de crianças, adolescentes e adultos jovens no Brasil (BRASIL, 2001). Este lamentável fenômeno, por si só, justificaria mais esforços para também consubstanciar a condição de ator social destes sujeitos, seja dentro dos recortes metodológicos, seja dentro de amplas discussões acerca dos seus direitos e, no caso, das constantes violações destes. Seria, portanto, necessário maior espaço para as suas visões de mundo.

Frente ao exposto, e focalizando este estudo em particular, considerar certas demandas da infância e da adolescência, respeitando minimamente suas especificidades, significou, desde já, um investimento ousado e exaustivo. Tais demandas relacionaram-se aqui, conforme mencionado, às ações, mediadas por representações que se buscou conhecer, promovidas pelos agentes da atenção e da assistência à saúde, em circunstâncias de eventos violentos experienciados pelas crianças e pelos adolescentes.

Deste modo, o trabalho que se segue discorrerá sobre tais objetivos, constituindo-se em três momentos distintos, embora relacionados entre si. Em primeira instância, busquei situar conceitualmente os maus-tratos, aproximando-me brevemente da sua magnitude sobre os sujeitos que os sofrem diretamente. Ainda nesta aproximação, considere relevante contextualizar o setor saúde, sobretudo, do ponto de vista assistencial e preventivo, frente ao fenômeno da violência. Posteriormente, descrevi a metodologia utilizada, com algumas reflexões, sobretudo, acerca da escolha do objeto e do método, no caso, de caráter etnográfico. Por fim, apresento a análise e a discussão dos resultados desta pesquisa, subdivididas em três capítulos, a saber: um primeiro, no qual descrevo os cenários onde se expressam as representações e ações sob estudo; o segundo, relacionado às representações acerca do problema em foco; e o terceiro que contempla as ações dirigidas à intervenção sobre o mesmo.

Algumas últimas considerações e recomendações aos serviços de saúde são tecidas, todavia, concordando inteiramente com Minayo (2007, p. 32) quando pontua que o “processo de trabalho termina num produto provisório e recomeça nas interrogações lançadas pela análise final”. Assim, as perguntas emergentes, tanto nesta introdução, quanto no corpo da análise e nas derradeiras alusões sobre este estudo, inquietam o espírito investigativo em busca de respostas às lacunas evidenciadas a partir desta trajetória.

## 2. REVISÃO TEÓRICA

### 2.1 MAUS-TRATOS: DISCUTINDO QUESTÕES CONCEITUAIS

#### 2.1.1 MAUS-TRATOS ENQUANTO CONCEITO: DELIMITAÇÕES E HETEROGENEIDADES

Todo mundo fala em maus-tratos. De um modo ou de outro, usam-se freqüentemente: “a criança foi maltratada”; ou “o jovem sofreu maus-tratos”. Esta ampla utilização do termo aponta para dois aspectos interligados: uma evidente abrangência conceitual e a heterogeneidade das definições utilizadas na prática. Há, portanto, pouco consenso na literatura especializada das mais diversas áreas de conhecimento e no seu uso concreto nas agências vinculadas à sua abordagem. Este capítulo intenciona descrever conceitos e definições correntes acerca dos “maus-tratos”, uma vez que se configuraram como parte do objeto deste estudo, pontuando algumas das divergências e lacunas provenientes da heterogeneidade referida, bem como problematizando possíveis implicações práticas de tal tendência.

Evidentemente não se pretende esgotar as delimitações conceituais acerca dos maus-tratos e as repercussões do seu uso polissêmico nos mais diversos setores da sociedade, mas sim reconhecê-las como elementos que tornam ainda mais complexa a intervenção sobre a problemática, a partir de uma perspectiva de rede aqui defendida e posteriormente especificada.

Freqüentemente tem-se configurado os maus-tratos contra crianças e adolescentes como atos de violência doméstica, cuja caracterização é marcada pela agregação de comportamentos de difícil classificação, haja a vista a dependência das concepções individuais dos envolvidos no evento (SOARES, 1997). Observa-se, de antemão, a referência ao âmbito doméstico como um dos espaços centrais nos quais se manifestam os maus-tratos.

Esta perspectiva conceitual é compartilhada por Gomes e col. (2002) quando consideram os maus-tratos um construto cultural, e cujo ato violento só é considerado como tal a partir de significados limitados histórico e culturalmente. Compreender, portanto, o fenômeno da violência dirigida a

crianças e adolescentes, seja no âmbito doméstico, seja na esfera societária como um todo, implicaria aprofundar-se nos sentidos, significados e valores atribuídos à infância e à adolescência, em um dado contexto sócio-cultural, e em um determinado tempo, conforme salienta o referido autor.

Os maus-tratos, além de serem definidos amplamente como atos de violência doméstica, têm sido sub-classificados freqüentemente em quatro ou cinco categorias reconhecidas como abuso ou violência física; abuso ou violência sexual; negligência e/ou abandono; e abuso ou violência psicológica. Percebe-se, portanto, que o termo maus-tratos comumente descrito na literatura abriga eventos violentos de naturezas distintas, e tais manifestações apresentam, por sua vez, definições também peculiares e diversificadas, daí decorre a abrangência conceitual inicialmente referida.

Há ainda conceituações de maus-tratos que transcendem os usuais subtipos especificados acima e abrangem outras variantes, tais como os acidentes domésticos, quando vistos como decorrentes de negligência; a exploração sexual; a exploração do trabalho infanto-juvenil; racismo etc. Além destas, há ainda outros subtipos, especificamente identificados na área da saúde, como as síndromes relacionadas aos maus-tratos e o *bullying*, este último, a ser definido mais tarde, é também alvo das pesquisas na área da educação.

A Lei 8096 de 13 de julho de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, BRASIL, 1990), em seu artigo 5º das disposições preliminares, enuncia que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade, e opressão, punido na forma de lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”. Nota-se aqui que não há menção específica aos maus-tratos, mas sim à violência e a outros meios de violação dos direitos destes sujeitos nesta disposição preliminar. Todavia, no seu capítulo primeiro, que pauta sobre o direito à vida e à saúde, o Eca (BRASIL, 1990) recorre ao termo, dispondo que “os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças ou adolescentes serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais” (Art. 13º).

O Ministério da Saúde, por sua vez, através da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001), estabelece uma classificação de tais eventos, tomando o espaço doméstico como referencial de ocorrência, a saber:

- acidentes domésticos (quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos, e outras lesões) e acidentes extra-domiciliares (acidentes de trânsito e de trabalho, afogamentos, intoxicações e outras lesões);
- violências domésticas (maus-tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono) e violências extra-domiciliares (exploração do trabalho infanto-juvenil e exploração sexual, além de outras originadas na escola, na comunidade, nos conflitos com a polícia, especialmente caracterizados pelas agressões físicas e homicídios), bem como as violências auto-infligidas (como a tentativa de suicídio).

Na classificação proposta pelo Ministério da Saúde (2001), percebe-se que os maus-tratos dizem respeito apenas à sua manifestação física, sendo as demais modalidades comumente compreendidas como violências ou como expressões de eventos nomináveis em si mesmos.

A Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA), uma organização não-governamental amplamente difundida no país, utiliza uma classificação dos maus-tratos, na qual os tipos violentos são assim descritos: abusos físico, sexual, psicológico e a negligência. O abuso físico caracterizar-se-ia pelo uso da força de um adulto contra uma criança, de forma intencional, resultando muitas vezes em lesões peculiares a cada tipo de agressão; o de natureza sexual configurar-se-ia como abuso de poder no qual a criança ou adolescente é usado para gratificação sexual de um adulto, sendo induzida ou forçada a práticas sexuais com ou sem violência física; a rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito e punições exageradas seriam formas comuns do abuso psicológico; e a negligência referir-se-ia a todo ato de omissão do responsável pela criança em prover as necessidades básicas, as quais propiciam um pleno desenvolvimento biopsicossocial do sujeito em formação (ABRAPIA, 1998).

É ainda a Abrapia (2006), através do Programa de Redução do Comportamento Agressivo entre Estudantes, que oferece uma definição para uma das formas de maus-tratos conhecida como *bullying*: “colocar apelidos, ofender, zoar, gozar, escarnar, sacanear, humilhar, fazer sofrer, discriminar,

excluir, isolar, ignorar, intimidar, perseguir, assediar, aterrorizar, amedrontar, tyrannizar, dominar, agredir, bater, chutar, empurrar, ferir, roubar, quebrar pertences”. Outra possibilidade é apresentada por Palácios e Rego (2006, p. 3) ao referir sobre o *bullying* como termo utilizado para “designar uma prática perversa de humilhações sistemáticas de crianças e adolescentes no ambiente escolar”. Os autores recorrem aos relatos dos sujeitos da pesquisa realizada para evidenciar possíveis impactos concretos e simbólicos de tal fenômeno, a exemplo de: “esta prática faz com que a gente acabe quase acreditando no que dizem da gente, de tanto que a pressão e as humilhações se repetem”.

O *bullying* é, portanto, uma modalidade de maus-tratos corrente nas áreas da educação e saúde. Chama à atenção a forte ênfase que ganha na literatura norte-americana, fato que reforça a constatação que as conceituações dos maus-tratos, bem como a valorização social e política conferida a cada tipo reconhecido como tal, são fortemente demarcadas por aspectos culturais dos contextos onde se inscrevem. Nesta lógica, Palácios e Rego (2006, p. 4), ao se referirem à atenção destinada ao *bullying* no contexto da educação biomédica no Brasil, destacam que “é um tema praticamente ausente nas discussões desta área, sugerindo os autores que o que falta inicialmente é reconhecer o problema como um problema ou ao menos disseminar esta percepção”. Propõem ainda como questões a serem analisadas: os motivos pelos quais há pouca atenção para este problema nas escolas médicas, ou como mesmo interrogam, se o “bullying seria mais uma das epidemias invisíveis”; e quais políticas têm sido feitas especificamente para a intervenção sobre o problema.

Dirigido especialmente ao setor saúde, o Guia de Atuação frente a Maus-tratos na Infância e na Adolescência (SBP/CLAVES-ENSP-FIOCRUZ/MJ, 2001), reporta-se à definição oferecida por Deslandes (1994, p. 11): “define-se o abuso ou maus-tratos pela existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa”. Esta autora acrescenta à definição do que venha a se configurar uma prática abusiva a necessária passagem pela “negociação entre a cultura, a ciência e os movimentos sociais” (DESLANDES, 1994, p.11). Observa-se na definição

proposta, portanto, uma centralidade dos aspectos relacionais, assim como uma ênfase no caráter consensual ou conciliatório entre três instâncias eleitas e apresentadas isoladamente, quais sejam cultura, ciência e movimentos sociais.

O referido Guia, entretanto, avança em outras especificações relacionadas aos maus-tratos infantis, colocando-os como passíveis de serem praticados “pela omissão, pela supressão ou transgressão dos seus direitos, definidos por convenções legais ou normas culturais” (SBP/CLAVES-ENSP-FIOCRUZ/ MJ, 2001, p. 11). Ademais, apresenta uma tipificação, afirmando serem “classicamente os maus-tratos divididos nos seguintes tipos”: maus-tratos físicos, abuso sexual, maus-tratos psicológicos e negligência. As definições oferecidas a cada tipo são válidas de apreciação:

- Maus-tratos físicos: uso de força de forma intencional, não-acidental, praticada por pais, responsáveis, familiares ou pessoas próximas da criança ou adolescente, com o objetivo de ferir, danificar ou destruir esta criança ou adolescente;
- Abuso sexual: é todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado que a criança e o adolescente. Tem por intenção estimulá-la sexualmente para obter satisfação sexual. Estas práticas eróticas e sexuais são impostas à criança ou ao adolescente pela violência física, por ameaças ou pela indução de sua vontade. Podem variar desde atos em que não existam contato sexual (voyeurismo, exibicionismo) aos diferentes tipos de atos com contato sexual sem ou com penetração. Engloba ainda a situação de exploração sexual visando a lucros como prostituição e pornografia (DESLANDES, 1994);
- Maus-tratos psicológicos: são toda forma de rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito, cobrança ou punição exageradas e utilização da criança ou dos adolescentes para atender as necessidades psíquicas dos adultos. Todas estas formas de maus-tratos psicológicos podem causar danos ao desenvolvimento biopsicossocial da criança. Pela sutileza do ato e pela falta de evidências imediatas de maus-tratos, este tipo de violência é dos mais difíceis de serem identificados, apesar de estar, muitas vezes, embutido nos demais tipos de violência;
- Negligência: é ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento (Abrapia, 1997). O abandono é considerado uma forma extrema de negligência. A negligência pode significar omissão em termos de cuidados básicos como a privação de medicamentos; cuidados necessários à saúde; higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio (frio, calor); não prover estímulo e condições para a frequência à escola. A identificação de negligência no nosso meio é complexa devido às dificuldades sócio-econômicas da população, o que leva ao questionamento da existência de intencionalidade. No entanto, independente da culpabilidade do responsável pelos cuidados da vítima, é necessária uma atitude de

proteção em relação a esta. (SBP/CLAVES-ENSP-FIOCRUZ/ MJ, 2001, p. 11-4)

Em uma primeira análise, observa-se nas especificações acima certa ênfase sobre o caráter intencional dos eventos, de modo a exacerbar posições estanques e dicotomizadas entre “agressores” e “vítimas”, a exemplo do uso das expressões “com o objetivo de” ou “para atender a”, nas definições dos maus-tratos físicos e psicológicos. Alia-se a isto, o viés contraditório das definições, uma vez são postas de forma despartadas dos seus contextos, apesar de afirmarem considerar os componentes culturais nas delimitações dos atos aqui compreendidos como maus-tratos.

Além destes aspectos, tais definições também se sustentam em pressupostos fixos e pouco claros, a exemplo da referência à manifestação do “abuso sexual” entre sujeitos com “estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado que a criança e o adolescente”. Assim colocado, questiona-se quais possíveis interpretações do que venha a se configurar um “desenvolvimento mais adiantado” ou mesmo quais critérios definiriam tal estágio? Mais especificamente, a quem estaria reservada tal condição de desenvolvimento ou, na leitura inversa, quais sujeitos o possuem em situação “menos adiantada”? Neste caso, o suposto critério adotado seria meramente etário? Ademais, outras contradições se expressam a partir das seguintes questões: se levado em consideração o fato dos maus-tratos ocorrerem dentro do âmbito familiar ou doméstico, até que ponto compreendê-los a partir de tais perspectivas contribuiria para a condução de uma abordagem integradora e fortalecedora dos vínculos familiares? Ou até que ponto tais definições pautadas em tais pressupostos reduziria o fosso de comunicação entre os setores sociais envolvidos na intervenção preventiva de tais eventos, especialmente, aquele existente no setor saúde em relação à problemática da violência?

Além das definições acima descritas, o Guia propõe outras três que freqüentemente aparecem nas classificações da área da saúde, muito provavelmente, por se expressarem como síndromes, quais sejam a “síndrome do bebê sacudido”, a “síndrome da criança espancada” e a “síndrome de

Munchaüsen por procuração”. Tais síndromes são apresentadas com as seguintes especificidades:

- A “síndrome do bebê sacudido” é definido como uma forma especial de maus-tratos físicos e consiste de lesões cerebrais que ocorrem quando a criança, em geral menor de seis meses, é sacudida por um adulto (SBP/CLAVES-ENSP-FIOCRUZ/ MJ, 2001, p. 12).
- A síndrome da criança espancada se refere, usualmente, a criança de baixa idade, que sofre ferimentos inusitados, fraturas ósseas, queimaduras, etc. ocorridos em épocas diversas, bem como em diferentes etapas e sempre inadequada ou inconsistentemente explicadas pelos pais (AZEVEDO e GUERRA, 1989). Ainda segundo o Guia, o diagnóstico é baseado em evidências clínicas e radiológicas das lesões. (idem, p.12)
- A síndrome de Munchaüsen por procuração: é definida como a situação pela qual a criança é trazida para cuidados médicos devido a sintomas e/ou sinais inventados ou provocados pelos seus responsáveis. Em decorrência, há conseqüências que podem ser caracterizadas como violências físicas (exames complementares desnecessários, uso de medicamentos, ingestão forçada de líquidos etc.) e psicológicas (inúmeras consultas e internações, por exemplo). (SBP/CLAVES-ENSP-FIOCRUZ/ MJ, 2001, p. 12).

Ainda sobre estas variantes, encontra-se correntemente, na produção científica em saúde, a conceituação dos maus-tratos em termos de síndrome, a exemplo da “síndrome da criança maltratada” ou “síndrome de maus-tratos na infância”. A referência à síndrome ao se reportar aos maus-tratos, muitas vezes, longe das formulações teóricas mais densas acerca da violência, é relativamente freqüente. Em levantamento bibliográfico realizado através da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no mês de outubro de 2008, utilizando “síndrome” e “maus-tratos” como palavras-chaves, observou-se 25% das referências relacionadas aos maus-tratos enquanto síndrome dirigida à criança. A exemplo, Martins (2000) apresenta a seguinte definição:

A síndrome de maus-tratos é um quadro pleomórfico que agrupa todas as formas de abuso e negligência na infância, com os mais variados matizes e níveis de gravidade de lesões infligidas às crianças, os agravos inexplicados à sua saúde, as lesões de “difícil explicação”, a privação calórica intencional, culminando com a negligência social que tem convivido com a exploração sexual e a exploração do trabalho de crianças e adolescentes.

Nota-se nesta referência que a sua descrição apresenta características peculiares ao universo da biomedicina, tais como o uso de expressões típicas

do jargão biomédico; a centralidade sobre os sinais físicos provenientes dos maus-tratos; e uma tentativa de agregação de eventos de diversas naturezas em uma única proposição totalizadora. Observa-se também a recorrência ao nexo de causalidade que marca tradicionalmente os modelos explicativos biomédicos. Tais considerações instigam questionamentos acerca das possíveis limitações conceituais, e suas implicações práticas, a partir do reconhecimento dos maus-tratos ou da violência doméstica enquanto uma condição meramente sindrômica.

Não obstante as críticas tecidas acerca das definições oferecidas pelo Guia de orientações aos profissionais de saúde, valoriza-se a referência trazida pelo mesmo em relação ao papel do setor saúde: “os maus-tratos contra a criança e o adolescente são, entre as formas de expressão da violência, as mais frequentes e mais passíveis de prevenção do setor saúde”. No rol das recomendações aos profissionais, e no que tange às ações de notificação, os Conselhos Tutelares são referenciados como início da ruptura da confidencialidade da situação de violência sobre a qual a criança e o adolescente podem estar submetidos.

Em relação aos Conselhos Tutelares oportunamente citados, a pesquisa realizada por Carvalho e col. (2009), sobre as concepções de maus-tratos vigentes nestas agências do município de Salvador, revela que os conselheiros apresentaram uma visão bastante ampla sobre a questão dos maus-tratos. Para eles, o conceito de maus-tratos é aplicado a uma gama de ações ou omissões da família ou do poder público, o que interfere no pleno desenvolvimento da criança e do adolescente. Entre essas omissões os conselheiros costumam apontar com muita frequência a falta de registro da criança e do adolescente que dificultaria a ação do Estado na sua defesa integral. Sem o registro essas crianças praticamente inexistem. Além de tal especificidade, os conselheiros subdividiram os maus-tratos em cinco grandes grupos: negligência, violência física, violência psicológica, abuso sexual e exploração do trabalho infantil.

A partir da perspectiva dos Conselhos acerca das definições de cada expressão de maus-tratos, a negligência é considerada uma forma branda dos mesmos, a qual contempla ações de omissões e carências relacionadas ao direito da alimentação, da educação, do lazer etc. A violência física, por sua

vez, é definida desde as agressões consideradas mais leves até casos de espancamento e, a partir da visão dos conselheiros, destaca-se a sobreposição desta com a violência de gênero cometida especialmente contra as mães. Quanto à violência psicológica, observou-se na pesquisa certa imprecisão conceitual sobre a mesma, muito embora os conselheiros a reconheçam, inclusive, como manifestação antecedente e/ou concomitante aos eventos violentos de natureza física e sexual. Esta última é o tipo de violência em relação a qual os conselhos tutelares parecem ser mais atuantes. Isso decorre principalmente da ação conjunta com o Programa Sentinela e da vigilância da Delegacia de Repressão a Crimes Contra a Criança e o Adolescente (DERCA, SSA-BA). Por fim, a exploração do trabalho diz respeito à exploração econômica dessas crianças e adolescentes em detrimento da sua saúde e desenvolvimento integral. Esses jovens são impedidos de freqüentar a escola para esmolar ou exercer qualquer outra atividade econômica. Sendo que, na maioria dos casos, são impedidos de gozar de seus rendimentos no trabalho.

No âmbito jurídico, Rosa e Tassara (2003) argumentam que a violência contra crianças manifesta-se de várias formas e está descrita em vários artigos do Código Penal Brasileiro (CPB). As autoras chamam a atenção para o enunciado do crime de maus-tratos descrito no artigo 136, do referido Código: “expor a perigo a vida ou a saúde de pessoa sob a sua autoridade, guarda ou vigilância, para fim de educação, ensino, tratamento ou custódia, quer privando-a de alimentação ou cuidados indispensáveis, quer sujeitando-o a trabalho excessivo ou inadequado, quer abusando de meio de correção da disciplina”.

Ainda no enquadramento penal, a Derca compreende os maus-tratos como uma das formas de “crimes contra a pessoa”, de modo que os eventos que comumente são englobados em suas definições se ausentam desta tipificação. Os eventos correntes neste nível são os seguintes:

- Crimes contra a pessoa: homicídio doloso; homicídio culposo; tentativa de homicídio; linchamento com resultado de morte; linchamento com resultado de lesões; ameaça; agressão física; maus-tratos e outros crimes contra a pessoa;
- Crimes contra os costumes: estupro; tentativa de estupro; atentado violento ao pudor; sedução; corrupção de menores; e outros crimes contra os costumes;

- Crimes contra a família: abandono material, sonegação de incapaz, subtração de incapaz, etc.;
- Leis especiais: racismo e tortura;
- Lei 8069: Constrangimentos, fotografias e publicações de cenas de sexo; venda e fornecimento de substâncias impróprias e ilegais. (DERCA, 2005)

Percebe-se que, nesta instância, os maus-tratos adquirem a configuração de crime, entretanto, conforme pontua Chauí (1999), os crimes contra a pessoa, nos quais estão incluídos os maus-tratos não são punidos no Brasil porque não ferem os princípios da propriedade privada nos quais estão pautados os valores de uma sociedade capitalista como a nossa. Tal colocação é fundamentada na análise de Rosa e Tassara (2004) sobre as implicações para o reconhecimento da violência doméstica contra crianças ao considerar os conceitos de violência desenvolvidos por Hannah Arendt e Marilena Chauí. As primeiras autoras, também apoiadas em Alves (1998), indicam que a violência, para ser reconhecida como tal, requer necessariamente a existência da intencionalidade da ofensa, da destruição ou do dano. Esta concepção, acrescentam Rosa e Tassara (2004, p. 37), “está presente nos discursos a respeito da violência doméstica tanto dos sujeitos que praticam os atos violentos contra os filhos como dos que sofrem a violência, além de também estar presente no discurso daqueles que julgam esses atos em nossa sociedade”. Ainda estas autoras avançam na fundamentação:

O argumento utilizado pelos pais, ao justificarem a prática de castigos aplicados aos filhos, sustenta-se pela idéia, ainda presente entre nós, de que os pais podem e devem exercer o poder de educação para o “bem dos filhos”, independentemente dos limites estabelecidos pela lei. No discurso jurídico, também esse é o argumento mais freqüente na emissão das sentenças daqueles casos que chegaram a tal instância. Ao argumentarem a respeito dos fatos, os juízes ancoram seus argumentos nas considerações do contexto em que “tapas, chutes, socos e queimaduras” estiveram presentes na relação pais e filhos. Dessa forma, eles produzem um discurso capaz de desqualificar a violência, adotando como premissa principal o caráter educativo de tais atos (ROSA, 2003 citada por ROSA E TASSARA, 2004, p.38)

Tal premissa, de acordo com Alves (1998), sugere a possibilidade de se exercer uma violência não condenável, uma violência exercida de modo “justo”. Nesta linha de pensamento, o promotor de justiça do Ministério Público do

Distrito Federal, Fausto Rodrigues da Lima critica os maus-tratos do ponto de vista criminal. Aponta o promotor que, apesar de serem descritos no Código Penal Brasileiro, não se dispensam medidas aos maus-tratos e, por isso, encerraram-se freqüentemente sem quaisquer providências. Ademais, destaca a inadequação do termo “maus-tratos”, compatibilizando-se com a proposição deste estudo, no sentido de sinalizar a inconsistência e a inoperância conceituais do termo. A sua fala, referente à problemática em foco e inspirada por dois casos públicos de notoriedade nacional, embora extensa, é de grande validade, pois reforça as colocações anteriores:

Recentemente, noticiou-se a prática de crimes bárbaros. Em São Paulo, pai e madrasta teriam espancado e jogado a criança pela janela do apartamento; em Goiânia, mãe adotiva teria torturado menina com alicates e ferro quente. Os fatos geraram atenção integral da imprensa, pronta atuação das autoridades e inflamada indignação da população.

[...] Essa comoção espetacular, motivada pela condição econômica dos envolvidos, pode causar a falsa impressão de que tais fatos são raros e que a sociedade e o Estado brasileiro não aceitam a violência familiar.

Ledo engano. Crianças são espancadas diariamente no país, com a conivência de familiares, vizinhos e amigos. Pequenos são atendidos na rede de saúde após agressões covardes. Alguns não sobrevivem. Na maioria das vezes, profissionais de saúde e professores se omitem pelo temor de se envolver. Muitos aceitam as desculpas de que foi apenas um acidente doméstico. Outros entendem que a autoridade dos pais não pode ser questionada, pois lhes seria inerente o direito de corrigir.

Quando ocorre uma denúncia, os fatos são enquadrados como crimes de maus-tratos (excesso de correção), que não cabe prisão e nem processo. Os casos acabam encerrados sem qualquer providência.

Essa omissão social e estatal faz com que as primeiras agressões evoluam para atos incontroláveis. No caso de São Paulo, por exemplo, há notícias de que o pai seria agressivo com os filhos e que já teria ameaçado a avó materna da menina com um revólver. Em Goiânia, a mãe “adotiva” já teria escravizado e torturado outras crianças. Pagou apenas cestas básicas por crime de maus-tratos. Somente agora, porque a menina foi encontrada algemada, ela está sendo processada por crime de tortura. Se a denúncia tivesse chegado à delegacia de outra forma, o caso seria enquadrado apenas como crime de maus-tratos. No caso de São Paulo, caso a menina não tivesse sido atirada pela janela, a tortura anterior sofrida dentro do carro do casal também seria enquadrada apenas como maus-tratos. Isso se algum familiar denunciasse, fato raro em tais casos. É patente que atos violentos podem

atingir terrivelmente uma criança, causando sofrimentos incalculáveis e danos irreversíveis à sua personalidade. Tratados apenas como maus-tratos, são na verdade crimes de tortura, física e/ou psicológica, e assim deveriam ser enquadrados. (LIMA, 2008)

Observa-se até aqui que o entendimento acerca dos maus-tratos varia conforme o campo de conhecimento no qual se inscreve, tanto do ponto de vista teórico; quanto a partir dos contextos institucionais, onde se desenvolvem ações específicas na abordagem sobre o problema. Em contraste com as dissonâncias conceituais que marcam os maus-tratos, vale ressaltar que se trata de uma problemática que exige mais consensos e convergências por partes das instituições em suas especificidades, sobretudo, se considerada a perspectiva de ações articuladas e integradas em rede. Sobre rede, Faleiros e col. (2001) demarcam um conceito que se toma como norteador neste estudo:

As redes não são invenções abstratas, mas partem da articulação de atores/organizações-forças existentes no território para uma ação conjunta multidimensional com responsabilidade compartilhada (parcerias) e negociada. Esta definição de redes pressupõe uma visão relacional dos atores/forças numa correlação de poder onde a perspectiva da totalidade predomina sobre a da fragmentação. [...] A rede é, pois, uma aliança de atores/forças, num bloco de ação, ao mesmo tempo, político e operacional. [...] As redes democráticas compartilham o poder de decisão entre os atores, pela interação comunicativa, transparência das propostas, coordenação legitimada, ação compartilhada e avaliação coletiva. (FALEIROS e col., 2001)

Observa-se, nesta referência, que a “interação comunicativa” impõe-se como elemento constitutivo das redes. Em contraposição a isto, verifica-se que tais abrangência e heterogeneidade do conceito e da tipificação existentes entre e dentro das instituições em torno dos maus-tratos, em suas divergências e limitações, traz importantes implicações no âmbito das práticas concernentes a cada setor para o enfrentamento da problemática, além de se configurar como um fator complicador na articulação entre ambas. Assim colocado, propõe-se aqui o termo “maus-tratos” como inconsistente ou difuso do ponto de vista conceitual, além de inoperante para fins de ações intersetoriais articuladas, uma vez que, nos diferentes setores da sociedade, os maus-tratos são conceituados, definidos e, por fim, interpretados de formas muito distintas.

Além das dificuldades práticas ou operacionais trazidas pela referida heterogeneidade na intervenção sobre os maus-tratos, questões simbólicas especificamente relacionadas ao contexto doméstico e/ou intrafamiliar também são implicadas. Tais questões referem-se à possibilidade do conceito de maus-tratos não necessariamente perpassar o conceito de violência, quando esta ocorre, sobretudo, no espaço doméstico, onde o entendimento acerca dos mesmos envolve a legitimidade do uso da força parental, muitas vezes, expressa de forma violenta. Nesta lógica, é de se questionar qual o sentido de se recorrer aos maus-tratos enquanto conceito e/ou definição, uma vez que, mesmo quando submetidos à condição de violência ou crime, persistem na sua invisibilidade e, de certo modo, na sua legitimidade. Ademais, indaga-se também até que ponto a referência aos eventos violentos e/ou criminosos como maus-tratos escamoteia os mesmos enquanto potencial expressão de violências e/ou crimes cometidos contra a criança e o adolescente.

### 2.1.2 OS MAUS-TRATOS ENQUANTO VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Se tomados como violência manifesta no espaço doméstico, seja dentro ou fora das relações familiares, os maus-tratos devem ser pensados a partir das formulações teóricas densas acerca daquele fenômeno complexo. Ou seja, passados à condição de violência, os maus-tratos logram de complexidade sobre a qual se debruçam os referidos esforços teóricos. Aqui, entretanto, apenas alguns aspectos serão sinalizados nesta direção.

Ao refletir sobre a contribuição do pensamento feminista aos estudos da violência, Suarez e Bandeira (2002) defendem que “o exame da violência na teoria sociológica clássica surge associado aos conceitos de controle social e Estado”. Para estas autoras, as ciências sociais brasileiras aderem-se a esta abordagem, privilegiando a violência estatal e a administração da criminalidade

por parte do Estado na grande maioria dos trabalhos. Desta análise, destaca-se aqui a seguinte colocação feita pelas mesmas:

O exame da violência ligado à teoria do Estado tem encoberto aquelas violências que ocorrem nas relações cotidianas entre as pessoas. [...] No âmbito dessas ciências destacou-se o pensamento feminista que, ao fazer da violência cotidiana um objeto de estudo, legitimou a crítica do movimento social e, ao constatar a sua disseminação na sociedade, afastou-se da abordagem clássica para buscar nas formas de sociabilidade novas linhas explicativas. As pesquisas se orientam no sentido de perceber a violência como fenômeno substantivo e plural, sendo suas diversas expressões nomeadas nos seus vários usos, como: violência contra mulher, violência de gênero, violência sexual, violência doméstica, violência conjugal, violência familiar, violência no trabalho, violência nos serviços públicos, violência verbal e simbólica, entre outras. Ao nomear as violências, o pensamento feminista procurou, por um lado, salientar sua disseminação nos mais diversos espaços sociais e, por outro, desfazer a sua invisibilidade. (SUAREZ E BANDEIRA, 2002, p.305).

Em uma primeira análise da reflexão suscitada pelas autoras, nota-se a relevância dada pelas mesmas às nomeações “das violências” enquanto meio sinalizador de uma ocorrência invisível e disseminada no tecido social. Entretanto, não se observa, ao menos não prioritariamente, o uso da terminologia “maus-tratos” na descrição acima, de modo que tal ausência conduz ao seguinte questionamento: partindo-se do pressuposto que os maus-tratos abarcariam em seu conceito formas diversificadas de violências, o que justificaria a sua não referência pelas autoras no destaque feito às denominações deste fenômeno, uma vez que se reportam às violências de caráter interpessoal? Afinal, ao serem pouco pronunciados, eles estão conseqüentemente fadados à invisibilidade? A partir disto, questiona-se: finalmente, a que grupo social ainda encontra-se reservado o termo “maus-tratos”?

Em face da última questão, construí breves levantamentos através de duas ferramentas de busca na Internet, o Google e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no mês de outubro de 2008, utilizando como palavra-chave unicamente o termo “maus-tratos”. A partir da primeira ferramenta, amplamente utilizada para pesquisas nas mais diversas áreas de conhecimento, encontrei

28.900.000 ocorrências direta ou indiretamente vinculadas ao tema dos maus-tratos.

Nas cem primeiras referências do Google, verifiquei que o uso do termo “maus-tratos” esteve majoritariamente direcionado à infância e à adolescência (33,5%) em relação aos demais grupos, com escassas frequências, a exemplo de mulheres, trabalhadores, usuários de serviços, população dos presídios, deficientes e idosos. Deste universo, chama a atenção o fato de a maior ocorrência do termo ter sido encontrada exclusivamente no segmento infantil, com cerca de 20% do total. Ademais, curioso notar que o termo esteve também intensamente direcionado para o uso em animais, através de denúncias de órgãos protetores, em uma proporção próxima àquela especificada para as crianças e adolescentes, no caso, em 32,5%. Deste modo, em 66% das referências os maus-tratos foram utilizados para descrever eventos violentos direcionados aos adolescentes, às crianças e aos animais.

Tal coincidência remonta a aspectos históricos relacionados à notoriedade dos maus-tratos dispensados à infância e à adolescência, a serem posterior e oportunamente focados, que tem, como emblemático, o caso Mary Ellen (ESTADOS UNIDOS, 1874), severamente maltratada aos oito anos de idade, e cuja apropriação pública do fato resultou, à época, na fundação da Sociedade de Prevenção da Crueldade contra a Criança. Nesta circunstância, dada a inexistência de tal órgão, restou o encaminhamento da denúncia à antecedente Sociedade de Prevenção da Crueldade contra os Animais, fato que de certo modo sensibilizou a opinião pública.

O levantamento realizado através da BVS, portanto, mais específico para a área de saúde, e à mesma época do anterior, revelou a ocorrência de 27.594 ocorrências dos “maus-tratos” enquanto termo utilizado. Nesta ferramenta foi possível o acesso à frequência calculada automaticamente das referências por grupo. Neste caso, observou-se que, do universo acima referenciado, aproximadamente 62% dos artigos reportavam-se aos maus-tratos na infância e na adolescência. Similarmente ao levantamento anterior, a utilização associada à infância isoladamente foi mais expressiva, em torno de 40% do total, em relação aos demais segmentos referenciados anteriormente.

A breve sondagem apresentada sugere que os maus-tratos, em suas aplicações terminológicas e conceituais, estão expressivamente reservados

aos sujeitos em pelo menos duas posições: uma, de ordem social, onde estão postos em notória ou velada desvantagem nas relações assimétricas de poder; outra, de caráter simbólico, onde ainda são indivíduos considerados em sua menoridade racional. Neste ponto é Chauí (1984) quem elucida a proposição:

É famoso o opúsculo de Kant sobre as Luzes. Nele, parte-se da afirmação de que os seres humanos são todos e igualmente racionais, mas que não possuem todos e igualmente o mesmo desenvolvimento de suas faculdades de pensamento. Distinguem-se, assim, os que atingiram a maioridade racional (sábios e políticos), que têm direito ao uso público da razão (constituindo o espaço de opinião pública), e os que ainda estão na menoridade racional, devendo ser guiados e conduzidos pelos primeiros até às Luzes. Kant não designa quem são os menores, mas a política liberal o faz: são racionalmente menores as crianças, os adolescentes e, sem distinção de idade, os trabalhadores e as mulheres. Isso significa que as crianças e os adolescentes, quando não são filhos de trabalhadores e quando não pertencem ao sexo feminino, estão prometidos à maioridade. O restante permanecerá menor. (CHAUÍ, 1984, p.60-1)

Nesta lógica, são ainda as contribuições feministas de Suarez e Bandeira (2002, p. 306) que vinculam a posição de menoridade, no sentido acima proposto, aos maus-tratos aqui em foco quando revelam que “as violências se perpetuam porque firmam as imagens tradicionais de homem e de mulher, bem como os papéis que lhes são atribuídos”. E avançam, apoiando-se em Fraser (2001): “tais violências acontecem como formas de sociabilidade ancoradas na desvalorização de um paradigmático “feminino” que não tipifica apenas as mulheres, mas outras categorias socialmente fragilizadas” (SUAREZ E BANDEIRA, 2002, p.306).

Em relação às mulheres, o paradigmático “feminino” ou “minoritário” vem sendo intensamente criticado pelo pensamento feminista, o que em certo grau beneficia às demais “categorias socialmente fragilizadas”, no caso em questão, às crianças e aos adolescentes. Entretanto, tal processo parte das próprias mulheres enquanto agentes da construção de um corpo de conhecimento que as permite, se não deslocar, e este não é o foco desta incursão, ao menos sinalizar a posição assimétrica historicamente ocupada e suas nocivas repercussões.

As mulheres assumem, portanto, a voz de quem fala de si e por si; e não outrem o cumpre, como no caso das crianças e dos adolescentes, cujos porta-vozes, na maioria das vezes, são aqueles quem os contrapõem na dinâmica das relações sociais. Esta pode se configurar como uma das razões pelas quais o termo “maus-tratos” ainda cabe tão indiscriminadamente na denominação dos eventos violentos que acometem estes segmentos. Inclusive, é a partir da própria perspectiva teórica feminista que Grossi e Aginski (2001) defendem que a mulher tipificada como “maltratada” é alvo de discriminação nas instituições teoricamente destinadas à defesa dos seus direitos violados, por pertencer a um grupo que é identificado de forma negativa. E avançam, pontuando que “todas as características atribuídas às vítimas de violência doméstica (passividade, cumplicidade, fraqueza, submissão, impotência etc.) influenciam como os outros vão perceber e interagir com ela, tanto no nível individual quanto institucional”. (GROSSI E AGINSKI, 2001, p. 36)

Em que pese à colocação acima, no caso das crianças e dos adolescentes, o que se percebe usualmente é a sua designação acrítica como vítimas freqüentes de violências das mais variadas formas ou mesmo dos “maus-tratos” aqui problematizados enquanto conceito. Afinal, quais os interesses de fundo em mantê-los na posição de vítima? Tal fato replica-se dentro do âmbito da produção científica, mesmo com as contribuições que os estudos históricos e sócio-antropológicos acerca da infância e da adolescência têm oferecido; ou fora dele, inclusive, de forma muito expressiva nos meios de comunicação midiáticos.

No âmbito da produção científica, Cohn (2005), em sua *Antropologia da Criança*, defende que o contexto cultural, a partir da perspectiva de sistemas simbólicos, é imprescindível para se entender o lugar da criança segundo os estudos mais recentes nesta linha. Afirma ainda que a partir de tal perspectiva, e de outras revisões conceituais, está sendo possível ver as crianças de uma maneira inteiramente nova, como esclarece na seguinte colocação:

Ao contrário de seres incompletos, treinando para a vida adulta, encenando papéis sociais enquanto são socializados ou adquirindo competências e formando a sua personalidade social, passam a ter um papel ativo na definição da sua própria condição. Seres sociais plenos, ganham legitimidade como

sujeitos nos estudos que são feitos sobre elas. (COHN, 2005, p.21)

A autora, a partir de uma perspectiva antropológica, destaca a condição de sujeito das crianças, de modo a afinar-se com as proposições que uma recente sociologia da infância tem sustentado, com maior expressão na França e em alguns países de língua inglesa. No Brasil, embora sejam indubitáveis os avanços obtidos a partir do Eca (BRASIL, 1990), como expressa ainda preliminarmente em seu artigo 3<sup>o</sup>, no qual enuncia que “a criança e o adolescente gozam de todos os direitos inerentes à pessoa humana”, o Estatuto, ao considerar criança e adolescente meramente em função da idade, não esclarece com maior precisão sobre qual “sujeito” se está referindo em seu texto.

Ainda na discussão das distorções conceituais, Viodres Inoue e Ristum (2007), ao abordar a violência sexual, destacam que o tratamento desta implica lidar com dificuldades práticas e simbólicas para os profissionais que atuam diretamente sobre a questão e desafios epistemológicos para os pesquisadores do assunto, dentre os quais figuram, no primeiro caso, as sutis armadilhas da comunicação e, no segundo, a análise das adequações terminológicas. Sendo assim, as autoras apontam que a própria definição das expressões “abuso sexual” e “violência sexual” pode ser considerada problemática, apesar do uso corrente de ambas, para as mais diversas situações.

Neste ponto cabe ressaltar que a partir das definições dos maus-tratos, observa-se a recorrência freqüente ao “abuso”, à “agressão” ou à “violência”, muitas vezes, como sinônimos ou como fenômenos relacionados entre si e em certos graus. Especialmente quanto ao termo “abuso”, dado ao, permitam-me, “abuso” do emprego, Ravazzola (1997) afirma que se trata de “um conceito amplo e não se esgota na idéia de adicção de substâncias químicas, nem na referência à agressão sexual”. A autora ainda acrescenta:

Podemos abusar de substâncias e também de outras pessoas, e não apenas sexualmente; o que o abuso implica sempre é um abuso anti-social de algum poder a mais na relação afetada, de tal modo que coloca o abusado ou abusada na condição de objeto e não de sujeito. O abuso refere-se a um estilo, a um padrão, a uma forma de tratamento que uma pessoa exerce sobre a outra, sobre si mesma ou sobre objetos

com a característica de que não percebe que produz danos. [...] Quem exerce abuso não aprende a regular, a medir, a dizer, a escutar e respeitar mensagens de si mesmo e do outro [...]; ou encontra-se em contextos nos quais estas aprendizagens foram esquecidas, se diluíram ou perderam a força. (RAVAZZOLA, 1997)

A propósito, Faleiros e Campos (2000, p. 5) admitem que há dificuldades de caráter epistemológico na conceituação dos “maus-tratos” ou do “abuso sexual”, ratificando que esta última expressão é mais difundida para denominar eventos de violência sexual contra crianças e adolescentes, “principalmente, as que se referem à violência intrafamiliar, designada também como abuso sexual doméstico, violência sexual doméstica, abuso sexual incestuoso, incesto”. As referidas autoras ainda constataam que “conceitualmente o abuso sexual é considerado e nomeado ora como maus-tratos ora como violência”. Ademais, vê-se que a utilização do termo “abuso” sem qualquer especificação adjetiva para se referir à violência de natureza sexual é corrente tanto no senso comum quanto dentro das academias e setores especializados. Fala-se, portanto, em “abuso” de maneira que a tipificação sexual está implícita.

Gabel (1997, p. 10), ao resgatar questões históricas e culturais relativas à violência sexual contra crianças francesas, demonstra a inadequação do termo “abuso sexual”. Segundo a autora, o “abuso sexual” denota “um uso errado, ou um uso excessivo, ou ainda contém a noção de poderio: abuso de poder ou de astúcia, abuso de confiança, ou seja, noções em que a intenção e a premeditação estão presentes”. E avança, pontuando que o “abuso sexual supõe uma disfunção em três níveis, a saber: o poder exercido pelo grande (forte) sobre o pequeno (fraco); a confiança que o pequeno (dependente) tem no grande (protetor); o uso delinqüente da sexualidade, ou seja, o atentado ao direito que todo o indivíduo tem de propriedade sobre o seu corpo”. Embora a autora apresente tais restrições, a mesma recorre ao termo “abuso” e apóia-se também no conceito dos maus-tratos, conforme a seguinte afirmação evidencia:

Antes mesmo de ser defendido, o abuso sexual deve ser claramente situado no quadro dos maus-tratos infligidos à infância. Essa noção, aparecida recentemente, assinala o alargamento de uma definição em que se passou da expressão “criança espancada”, na qual se mencionava apenas a

integralidade do corpo, para a criança maltratada, na qual se acrescentam os sofrimentos morais e psicológicos. Maus-tratos abrangem tudo que uma pessoa faz e concorre para o sofrimento e a alienação de outra. Em 1990, ela abre espaço maior ao abuso sexual e às violências institucionais. (GABEL, 1997, p. 10)

A colocação acima oportuniza evidenciar que o termo “criança maltratada” contrasta com a condição lograda pela conquistas feministas, ao menos, no campo teórico: a “mulher maltratada” cedeu lugar ao sujeito sobre quem recaem violências ou, mais comumente, que vivencia violências, neste último caso, compreendendo-a como um fenômeno cuja prática não dicotomiza simplesmente os sujeitos em agressores e vítimas, mas os envolve em expressões violentas diferenciadas. Deste modo, tão importante quanto reconhecer as assimetrias das posições é também reconhecer o contexto onde violências se engendram. Tomada como exemplo a violência de gênero, tão importante quanto destacar as vitimizações que freqüentemente envolve mulheres é compreender como e quais violências alimentam os padrões relacionais em questão.

No caso dos maus-tratos, quando se defende aqui o deslocamento da sua concepção enquanto violência não está se desconsiderando o risco de banalização desta última, mas sim reconhecendo as limitações da primeira, tanto de ordem prática, da simples definição para fins operacionais, quanto de ordem simbólica, na qual os maus-tratos, dada a sua expressão “amena”, seriam menos violências do que potencialmente se pretendem ser. Ademais, e se relacionando com a colocação acima, os maus-tratos pressupõem, e de certo modo legitimam, dicotomias estanques, pouco resolutivas, e posições de dominação e subjugo nas quais crianças e adolescentes se “cristalizam” nas relações parentais, apesar dos avanços nas leis e nas teorias.

De volta à discussão acerca das inadequações do termo, e a concluindo finalmente, embora o “abuso” esteja mais centrada na violência sexual, defende-se aqui que a mesma crítica deve ser ampliada a todas as manifestações de violência que o construto “maus-tratos” abarca em seu conceito. Assim, propõe-se entender também como inapropriados os termos “abuso físico” ou “abuso psicológico”, uma vez que prevêem o uso da força concreta ou simbólica, tão legitimado nas relações assimétricas de poder entre

adultos e crianças. Neste sentido, questiona-se se o termo “maus-tratos” encoberta expressões de violência ainda legitimadas em função do uso da força repressiva dos pais sobre os filhos, muitas vezes, entendido como meios necessários para fins educativos.

## 2.2 VIOLÊNCIA E SAÚDE: DESAFIOS E POTENCIALIDADES

Ao referenciar acima o uso da força para fins educativos na relação entre pais e filhos, inicio esta breve contextualização do setor saúde frente às violências, trazendo ilustrativamente o discurso de um médico brasileiro setecentista reportado nas análises históricas de Del Priore (2006):

A educação é tanto física quanto moral (particularmente nas três primeiras idades da infância, puerícia e adolescência); é o mais poderoso expediente para conseguir até certo ponto notável alteração no temperamento originário. [Segundo ele, era de pequenino que se torcia o pepino e que] as duas educações deviam começar desde o berço. [Dizia ainda que] muito se engana quem entende que essas idades não admitem ensino, pois nelas pouco ou nada obrava a razão, mas, em contrapartida, nenhum lugar lhe dá os hábitos adquiridos, se não se usar de força e violência que raras vezes não aproveitam. (FRANCISCO DE MELLO FRANCO citado por DEL PRIORE, 2006, p. 105).

Quase três séculos depois da referida colocação, mesmo em que pesem certas persistências na realidade que nos cercam, rupturas em tal concepção são notáveis e encontram na saúde, e também na educação, potenciais espaços para estímulo das formas mais progressistas de se conceber a criança e o adolescente, em suas relações sociais. E, não apenas no plano das concepções, mas a saúde e a educação podem representar contextos privilegiados para a formulação e o incentivo a novas práticas, inclusive, dentro de ampla diversidade, que permitam o exercício pleno das condições cidadã destes sujeitos. É dentro desta perspectiva que se desenvolvem os parágrafos

subseqüentes, os quais também trazem brevemente dados da magnitude da problemática no Brasil contemporâneo.

Em recente meta-análise, Schraiber e col. (2006, p. 113) enfatizam que, tanto nacional, quanto internacionalmente, “a violência é reconhecida como questão social e de saúde pública”. Em âmbito internacional, as autoras valorizam os empenhos de certos órgãos, a exemplo da Organização Mundial da Saúde (OMS), em direção a este reconhecimento. Neste sentido, apontam que o “movimento internacional torna público e mundial o problema da violência, ampliando o debate e permitindo a construção de referências para os diversos movimentos regionais”. No caso da OMS, a publicação, em 2002, do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde representou uma relevante iniciativa, o qual, de acordo com as autoras, vale à pena dedicar especial atenção:

O Relatório reorienta o modo tradicional de tratar diagnósticos de saúde das populações, destacando das mortes por causas externas aquelas por violência, que são os homicídios e os suicídios, além de associá-los a dados de morbidade. [...] As definições da OMS sintetizam muitas das realizações e também influenciam o campo da saúde em quase todos os países do mundo. Não se pode desconhecer, pois, seu impacto simbólico e nas intervenções que passa a evocar. [...] A colocação mais ampla é a violência como desafio universal, dispondo o Relatório como "instrumento contra os tabus, segredos e sentimentos de inevitabilidade que a rodeiam". Pontua-se como empreendimento contra a invisibilidade da violência e sua aceitação como fato corriqueiro, a que "mais deveríamos responder do que prevenir". Aloca-se a serviço do campo da saúde, criticamente respondendo à usual aceitação da violência como questão essencialmente atinente "à lei e à ordem", restando aos profissionais da saúde lidarem apenas com suas conseqüências. Chama, pois, à responsabilidade de também se preocuparem e intervirem, posicionando-se no combate à violência, os profissionais e cientistas da saúde, em conjugação com os outros setores das sociedades. Define, assim, a interdisciplinaridade, no conhecimento, e a intersetorialidade e ações em equipes multiprofissionais, nas intervenções, como temas urgentes para as ciências, as políticas e os programas assistenciais. (SCHRAIBER e col., 2006, p. 114)

No âmbito nacional, a história mais recentemente revela uma produção científica na linha da violência e saúde relativamente crescente que expressa

tanto as potencialidades, inclusive, afinadas com a perspectiva apresentada acima por Schraiber e col. (2006), quanto aponta as dificuldades pela quais o setor vem se debruçando, especialmente, após a evidenciação do avanço da morbi-mortalidade por causas externas no Brasil a partir da década de 80 do século XX.

Do ponto de vista epidemiológico, as taxas nacionais de morbidade e mortalidade decorrentes de violências e acidentes alcançam, desde a referida década, tamanha magnitude que tais agravos constituem-se um problema de saúde pública relevante desde então. Dados contidos na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Violências e Acidentes, lançada pelo Ministério da Saúde, em 2001, denunciam tal impacto: “na ampla faixa de 5 aos 39 anos, as causas externas ocupam o primeiro lugar como causa de morte”.

O texto da Política é mais específico quando aponta um alto grau de envolvimento do grupo de crianças, adolescentes e jovens, nas faixas etárias compreendidas entre 0 a 24 anos de idade, como vítimas freqüentes de tais eventos, isto é, dos acidentes e violências, compreendidos como causas externas de morbidade e mortalidade. E ainda demarca os espaços de ocorrência em função dos grupos etários: “enquanto na infância o ambiente doméstico é o principal local onde são gerados esses agravos, na adolescência, o espaço extra-domiciliar tem prioridade no perfil epidemiológico” (BRASIL, 2001).

As manifestações físicas dos maus-tratos têm sido amplamente descritas pela literatura científica e pelos dados estatísticos de órgãos especializados de proteção à infância e à adolescência. Minayo (2006) refere-se aos levantamentos do IBGE, os quais estimam que 20% das crianças e adolescentes sofrem algum tipo de abuso físico. De acordo com a autora, são vários os estudos que reafirmam este dado. Desta forma, a violência física contra crianças e adolescentes, no âmbito doméstico, pôde alcançar a expressiva prevalência de cerca de 60% dos casos de maus-tratos, ao longo dos últimos anos (ABRÁPIA, 1998; VIERA e col., 1998; CARVALHO e col., 2001).

A violência sexual, por sua vez, é uma das formas freqüente no ambiente familiar (MINAYO, 2006). Entretanto, segundo esta pesquisadora, a

violência sexual é difícil de quantificar, uma vez que a notificação é muito discrepante e só acontece com a intervenção de terceiros que possam orientar a vítima na comunicação e na busca de atendimento. Ademais, na interface entre os maus-tratos contra crianças e adolescentes e a violência entre gêneros, observa-se a tendência, muitas vezes, quase absoluta, da concentração da violência sexual sobre as meninas. A título de ilustração, dados estatísticos disponibilizados pelo Projeto Viver da Secretaria de Segurança Pública da Bahia revelam que dos 4013 casos de violência sexual atendidos entre os anos de 2001 a 2006, em Salvador, 92% atingiram o sexo feminino; e, dentre estes, 76% ocorreram nas faixas etárias até 18 anos. Este último dado confirma a referida sobreposição entre as violências de gênero e aquelas que recaem sobre as crianças e adolescentes. Tanto assim que é muito comum chegar ao referenciado serviço e encontrar, na receptiva sala de espera, onde, inclusive, se observam brinquedos, meninas acompanhadas de suas mães ou avós, desde as mais precoces idades à mocidade recém chegada.

As diversas manifestações da violência psicológica e da negligência encontram divergentes prevalências nos estudos descritivos, uma vez que a expressão destas formas de maus-tratos parece variar a partir do contexto da investigação. Em outras palavras, ao considerar o contexto social, econômico e cultural dos *locus* de investigação, observam-se tendências muito divergentes entre países ou mesmo entre instituições de uma mesma ou de localidades muito próximas. A exemplo, o estudo de Carvalho e col. (2007), realizado em uma delegacia de proteção à infância e adolescência da capital baiana, encontrou a proporção ínfima e duvidosa de 2,8% de casos de negligência denunciados, em um universo amostral de 2073 ocorrências. Costa e col. (2007), por sua vez, ao estimar a prevalência da violência contra o referido grupo nos conselhos tutelares de outro município baiano, bem próximo de Salvador, revelou uma prevalência de 56,2% de casos de negligência do total de 1293 registros analisados.

É de fundamental importância reconhecer a ocorrência e a distribuição das violências contra a infância e a adolescência para o aprimoramento das ações de proteção e prevenção, embora, na prática, os estudos demonstrem a coexistência das mais diversas formas de maus-tratos e o seu efeito sinérgico

sobre a mesma criança ou adolescente. Ademais, cabe ressaltar as dificuldades metodológicas que envolvem os estudos descritivos e analíticos em violência, conforme indica a literatura especializada, tais como os diversos fatores intervenientes relacionados à notificação dos casos, os quais geram subestimação ou sobreposição dos números; a falta de uniformidade dos registros dos dados; a heterogeneidade conceitual acerca dos maus-tratos, entre outras.

Além destes dados epidemiológicos, frutos dos investimentos relativamente amplos na abordagem quantitativa da violência, os estudos qualitativos também têm revelado informações essenciais à compreensão do fenômeno. A exemplo, Minayo (2006) pontua que o reconhecimento da problemática, embora se faça de forma fragmentada e lenta no setor saúde, faz-se, todavia, de forma progressiva. Nesta lógica, a autora resgata a participação de profissionais desta área em alguns avanços ao longo das últimas duas décadas:

Do ponto de vista da atuação, alguns pediatras iniciaram atividades assistenciais e de prevenção nos hospitais em que trabalhavam e algumas ONGs foram construídas por eles, com o propósito de tratar de temáticas peculiares, dentro de propostas que incluíam e também, ultrapassavam os marcos tradicionais do setor saúde. Assinalo, como relevante, o pioneirismo das atividades dos Centros Regionais de Atenção aos Maus-tratos na Infância (Crami), em São Paulo; da Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (Abrapia) no Rio de Janeiro e da Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na Infância (ABNAPI), em Minas Gerais. Esses exemplos surgidos nos anos 80 e que somam hoje a um sem-número de iniciativas, foram fundamentais no processo de legitimação do tema na sociedade e no setor saúde. No âmbito da proteção à infância, profissionais comprometidos com a saúde e com o desenvolvimento integral das crianças e adolescentes participaram ativamente de um forte movimento em prol da cidadania desse grupo, o que redundou na criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) promulgado em 1990. (MINAYO, 2006, p. 53-4)

Embora se destaque a efetiva participação do setor e a tendência ao fomento das iniciativas nesta direção, os estudos temáticos têm ainda salientado dificuldades e deficiências das mais diversas naturezas no que tange os serviços de saúde para o enfrentamento da violência. Alguns deles, e,

mesmo que antecipadamente, se coadunam com a análise deste estudo, e demonstram que tais resistências vinculam-se mais à ordem das racionalidades e mentalidades, no caso daquelas hegemônicas na cultura biomédica, do que às questões de ordem prática ou dos recursos materiais.

Sarti (2005), em etnografia sobre o atendimento a corpos feridos por atos violentos em um hospital público paulista, revela que o trabalho com vítimas em emergência exige um deslocamento da subjetividade médica que não condiz necessariamente com a sua formação e com a dinâmica operativa deste espaço. Isto quer dizer que há um notável confronto de exigências do espaço da emergência com as exigências objetivas e subjetivas das vítimas, estas últimas bastante sutis para a racionalidade biomédica predominante neste contexto.

No contexto da atenção básica, os estudos de Garrido e Noronha (2005) revelaram algumas dificuldades de caráter técnico e simbólico, a exemplo da percepção da violência doméstica como um fato de domínio privado. As autoras, ao discutir a necessidade da incorporação da perspectiva de gênero nas ações do Programa de Saúde da Família (PSF), observaram que, apesar de existir facilidades para a identificação das vítimas de violência doméstica por parte das equipes, poucas têm sido as estratégias de intervenção desenvolvidas. Ademais, conforme demonstram Noronha e col. (2005), outras dificuldades de caráter prático são encontradas pelas equipes, sobretudo pelos agentes de saúde, nas áreas de alta criminalidade, uma vez que os próprios profissionais tornam-se vulneráveis aos eventos violentos que tentam intermediar.

Estudo realizado por Deslandes e col. (2006) acerca da caracterização dos serviços de saúde a vítimas de acidentes e violência em cinco capitais brasileiras representativas das macro-regiões nacionais, excluindo a capital baiana, aponta os seguintes resultados preliminares: pouco investimento em ações de prevenção; suporte social, atendimento ambulatorial, hospitalar e psicológico como principais ações empreendidas; insuficiência de serviços de reabilitação; encaminhamentos das unidades básicas de saúde dependentes da atenção das comunidades e famílias; necessidade de investimentos na capacitação dos profissionais para atendimento; registros manuais precários. Além destes aspectos, destacam-se ainda o pouco conhecimento acerca do texto da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001) e a desarticulação inter e intra-institucional e entre atendimento pré-hospitalar e de emergência.

Não obstante os avanços e as dificuldades postas no lidar com as múltiplas facetas complexas da violência, e mais especificamente sobre o ponto de vista da intervenção, é próprio Ministério da Saúde que admite o fato da violência doméstica representar “um grande desafio para o setor saúde”, uma vez que “o diagnóstico deste evento é dificultado por fatores de ordem cultural, bem como pela falta de orientação dos usuários e dos profissionais dos serviços, que têm receio em enfrentar os desdobramentos posteriores”. Além das dificuldades de diagnóstico citadas pelo Ministério, o conjunto de

ações que se desenvolvem subseqüentes ao reconhecimento dos casos, essenciais à resolutividade, traz outros desafios aos serviços de saúde, sobretudo, quando considerada a intersetorialidade e a perspectiva de rede requerida. Estes aspectos, todavia, serão alvos das análises posteriores deste estudo.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 A ESCOLHA DO OBJETO DE PESQUISA

O meu primeiro contato com os maus-tratos ocorreu-me não como um objeto de estudo “escolhido” para desenvolver um trabalho científico, mas sim como experiência vivida. Iniciou-se muito precocemente, ainda na minha primeira infância. Diria, portanto, que meu primeiro contato com os maus-tratos deu-se em vias de fato, como usam habitualmente no jargão jurídico, e que eu mesma vim a aprender anos mais tarde.

Há uma discussão epistemológica contemporânea que defende a importância da apresentação da postura biográfica do autor diante do seu objeto de estudo, especialmente, em abordagens etnográficas ou de cunho etnográfico. Compartilho do pensamento que é do interesse do leitor saber, de antemão, de qual lugar fala um pesquisador de campo: trata-se de um olhar nativo ou de um olhar estrangeiro? Certamente, há uma grande diferença entre ambos e, portanto, dos seus conseqüentes desdobramentos, quando se está em uma ou em outra posição. Por esta razão, permiti-me trazer aqui a minha experiência pessoal e profissional com o objeto deste estudo ao longo dos anos.

Vivi alguns tipos de maus-tratos, como hoje os entendo conceitualmente em suas tipologias: abusos físicos e psicológicos não me foram incomuns até o início da minha adolescência. Felizmente, longe do ambiente doméstico, onde na maior parte do tempo encontrei recursos materiais e simbólicos para um desenvolvimento harmônico e saudável, o *locus* principal da ocorrência destes maus-tratos foi a escola. De algum modo, o fato de uma instituição, a priori, justificada em sua existência pela formação de pessoas, ter sido um espaço tão desfavorável ou pouco preparado para lidar com estas situações tem a ver com minhas escolhas teórico-metodológicas doravante aqui apresentadas.

Durante quase toda a minha infância e início da adolescência, o *bullying* foi o tipo de maltrato que mais sofri no ambiente escolar. Assim, este tipo de violência psicológica foi algo que experimentei muito proximamente. As conseqüências imediatas, as quais me esforço para lembrar agora,

beiravam ao medo constante das exposições e ao medo freqüente de possíveis concretizações de ameaças sofridas. Constrangimentos e intensificação da timidez, motivo este que julguei ser o estímulo para tais agressões, também figuravam como reações instantâneas ao maltrato psicológico ao qual fui submetida durante boa parte da minha vida escolar.

Na época, e parece óbvio, não me passava pela mente o papel e a responsabilidade dos profissionais da educação em termos de intervenção e prevenção de fenômenos desta natureza. Era uma criança. Tal consciência ocorreu-me muito mais tardiamente, sobretudo, em função dos estudos acerca da temática. Neste sentido, penso hoje como as crianças e adolescentes podem estar vulneráveis aos mais variados tipos de maus-tratos e nos mais diversos âmbitos da vida social e, mais preocupante, sem a devida defesa por parte daqueles que poderiam interromper a sucessão de atos violentos sobre estes sujeitos.

As agressões físicas, das quais, diga-se de passagem, guardo nítidas lembranças, afetaram-me mais na primeira infância, entre os três e os cinco anos de idade. Na época, freqüentava uma escola particular, muito próxima à minha casa, e onde convivia com crianças da mesma faixa etária e condição social que a minha. Não raro, sofria injúrias físicas cometidas por parte dos meus próprios colegas. Muitas vezes, retornava para casa com marcas de mordida e escoriações pelo corpo. Muitas vezes, a minha mãe recorreu à direção da escola, exigindo providências à coordenação. Entretanto, nas minhas experiências cotidianas, as sensações de ameaças psicológicas e as agressões eram mais intensas e prementes do que sensações de acolhimento e proteção no âmbito escolar. Cabe salientar que se por um lado os “abusos” físicos advinham de meus próprios pares, portanto, de sujeitos tão crianças quanto eu, a negligência violenta expressava-se na omissão dos educadores diante dos freqüentes eventos.

A partir dos meus treze ou quatorze anos, os episódios de maus-tratos tornaram-se muito mais raros. Não sei precisar exatamente quais fatores contribuíram para uma mudança pessoal, na qual adotei uma postura mais defensiva e, até mesmo, ofensiva em determinadas ocasiões. Considerando esta segunda possibilidade, reafirmo aqui que corroboro com a perspectiva teórica que defende que a redução da violência, seja de natureza interpessoal,

seja de natureza institucional, perpassa a formação de contextos e de sujeitos mais pacíficos desde as mais tenras idades, nos mais diversos espaços da sua rede de relações sociais. Em outras palavras, defendo que o declínio dos níveis de violência e de criminalidade, conforme bem sustentam Suarez e Bandeira (2002), exija a internalização de uma cultura baseada em valores de pacificação na dinâmica cotidiana dos micro-espços da sociedade.

De volta aos maus-tratos, resolutivamente, as agressões não mais atingiam a minha integridade física e emocional de uma maneira tão marcante quanto antes, como no aflorar da minha adolescência. Esta constatação e o fato de considerar-me uma pessoa adulta saudável e bem desenvolvida nos planos físico, psíquico e social me conduzem a problematizar o conceito de resiliência, freqüentemente incorporado à discussão da temática dos atos violentos contra crianças e adolescentes.

A resiliência poderia ser entendida, muito sinteticamente, em termos dos fatores e condições que capacitam as crianças e jovens a desenvolver-se normalmente apesar de condições de vida adversas (LINDSTRÖM, 2001). Este autor traz uma crítica aos modelos de resiliência, definindo-os como “kits de sobrevivência”, os quais não favorecem a formação de sujeitos necessariamente interessados na humanidade, na empatia, ou na solidariedade, mas apenas mais capazes de lidar com as condições difíceis da vida. A partir de uma história pessoal e de reflexões próximas àquelas ontológicas, acredito ter oportunamente elementos para relativizar o seu ponto de vista restritivo ou mesmo determinista, todavia este não é o foco deste estudo.

Entre esta fase da adolescência até o ingresso à faculdade, os maus-tratos tornaram-se uma realidade muito distante de mim, de maneira que este tema não ocupou as minhas preocupações e tampouco motivou as minhas escolhas profissionais na época. Dada a experiência com as agressões na infância e início da adolescência, penso hoje que poderia ter facilmente enveredado profissionalmente para qualquer área das ciências humanas, sociais ou mesmo para a filosofia ou para a arte. Enfim, poderia ter ido à busca de entendimento para um fenômeno, que me afetou de uma forma tão particular e presente, nas áreas expressamente mais sensíveis às relações humanas em sociedade.

Na Universidade Federal, mais especificamente, na Faculdade de Odontologia escolhida, de início, as minhas preocupações giravam muito em volta dos fenômenos biológicos ou bioquímicos do que daqueles em torno das violências. Melhor, de forma algumas estas figuravam como uma preocupação teórica ou prática. Entretanto, um ano logo após a minha entrada naquele universo, aparentemente, tão distante da discussão dos maus-tratos contra crianças e adolescentes, inusitadamente, recebi um convite, por parte da orientanda de uma professora de odontologia pediátrica, para desenvolver uma pesquisa justamente nesta linha.

Aqui já me permito pontuar uma reflexão que pude tecer recentemente: os maus-tratos são um tema recorrente ao longo da minha breve vida acadêmica. Ouso até uma constatação meio irônica, meio fatalística: definitivamente não escolhi os maus-tratos; os maus-tratos me escolheram. Assim, tanto na graduação, quanto na pós-graduação, este objeto curiosamente não se apresentou a mim como uma opção totalmente voluntária, mas como convites à sua compreensão e, muito felizmente, a partir de perspectivas teórico-metodológicas amplamente diferenciadas.

A princípio, e não seria de estranhar a quem está fora, e nem a quem está dentro do universo da Odontologia, não compreendi qual seria a relação ou mesmo a justificativa de se estudar tal tema, a partir da perspectiva da assistência ou da atenção odontológicas. O fato é que só depois de algum tempo vim a descobrir que a professora orientadora teve seu interesse aguçado após refletir sobre o atendimento de casos suspeitos de maus-tratos nos ambulatórios de práticas docente-assistenciais das universidades onde atuava.

Hoje, ao debruçar-me sobre o problema da representação e práticas dos profissionais da saúde acerca dos maus-tratos infantis neste trabalho, e ao rememorar estes meus incipientes e confusos contatos acadêmicos, penso o quão distantes desta temática podem estar o pensamento e as preocupações do profissional ou do estudante da saúde. Conforme destaca Minayo (2004), ao refletir sobre a lenta e difícil inserção da violência na saúde, o principal motivo desta distância vincula-se à hegemonia da “mentalidade biomédica” na área da saúde, o que torna a visão das “violências e acidentes” como um “objeto estranho ao seu universo conceitual”. De fato, recordo-me como se fosse hoje,

ainda muito próxima, a estranheza que senti diante do objeto: como se, realmente, não pertencesse ou mesmo não devesse pertencer ao rol das preocupações e das competências do profissional da saúde, em particular, de um odontólogo.

Havia, inclusive, uma sensação de clandestinidade na escolha dos “maus-tratos” que se mantém, de certa forma, até a atualidade quando sou chamada a dar explicações ou justificativas detalhadas aos meus colegas de profissão, mas não apenas a eles. Os meus interlocutores recentes, com as mais variadas formações na área da saúde e com as mais diferenciadas inserções nos serviços, estranham, não o objeto, porque se faz presente e, premente, já não pode passar mais despercebido nestes espaços, mas o método selecionado para esta pesquisa, afinal, tão diferente do famigerado epidemiológico. Tanto que até os últimos dias de trabalho de campo, certos interlocutores-chave ou mesmo aqueles mais dedicados ao estudo do objeto duvidavam acerca da “validade” ou do “rigor” da abordagem metodológica relatada, através das seguintes colocações: “mas como é mesmo que você pretende estudar os maus-tratos?”; ou “não seria um viés estudar os maus-tratos nesta instituição, onde já sabemos que ocorrem com determinada frequência?”.

Diante de tais questões, e ao olhar para trás, compreendo hoje o quanto de racionalidade, e aqui se entendam transgressões disciplinares, e o quanto de sensibilidade, e neste ponto se entenda um inefável tão complexo quanto ensinar valores e percepções sobre um objeto, foram necessários para me fazer enxergar a violência e, no caso aqui, os maus-tratos como um problema tão próximo e tão passível de preocupação e dos cuidados da saúde.

Pesquisei os maus-tratos durante três dos cinco anos da minha formação acadêmica. Estive em campos de pesquisa diversos: em serviços de saúde, em bairros populares (que nunca me fecharam as portas, nunca me vetaram os caminhos), mas, especialmente, em uma delegacia especializada para entendimento à infância e à adolescência de Salvador, onde permaneci quase um ano inteiro, debruçada sobre os registros de ocorrência, entendendo, dentro das minhas possibilidades, as violências cometidas contra as crianças e os adolescentes. Na época, nem sequer havia possibilidades de pensar que o acesso e o tempo que tive a documentos, falas, emoções, percepções, atos,

cenar, rotinas, poderiam ter rendido um trabalho etnográfico de grande monta. Esta é uma constatação que faço agora e, como afirmo, não era, nem de longe, este meu olhar e esta a minha intenção. Não havia, até então, o menor preparo teórico-metodológico para tanto.

Ao recordar o início desta trajetória acadêmica, reconheço que o esforço “transdisciplinar” ocorreu-me mais por inquietações frente aos dados numéricos coletados do que com possíveis respostas e, também, mais por dedicação pessoal do que por estímulos de outrem. Em outras palavras, os resultados quantitativos que obtive na minha primeira descrição epidemiológica, de longe, responderam as tantas outras indagações que emergiam ao longo do trabalho de campo na delegacia acima referida, todavia aproximaram-se das expectativas dos olhares epidemiológicos mais ávidos e críticos.

Deste modo, hoje, parece-me incrível flagrar a unidirecionalidade e a extrema especificidade do nosso olhar nesta primeira pesquisa sobre a problemática dos maus-tratos: buscávamos quantificar as lesões decorrentes de violência que acometiam a área da cabeça e do pescoço em crianças e adolescentes. Mais grave ainda ao meu olhar mais recente: tratava-se de análises altamente alienadas ou apartadas do seu entorno social, isto é, as lesões, em sua dimensão biológica, falavam mais por si do que os sujeitos sobre quem recaiam tais injúrias. Assim, não se contemplou analiticamente, por mais que houvesse meios para isto, quem seriam estes sujeitos, em termos de grupo social, de gênero, de etnia, ou de outras variáveis; ou se o fizemos minimamente, fora de forma primária e superficial.

De fato, procurávamos a localização das lesões provenientes da violência física em crianças e adolescentes: se em cabeça ou pescoço, alvos da intervenção direta do cirurgião-dentista, daríamos maior ênfase na descrição dos resultados, apontando que, decididamente, o profissional da odontologia deveria “comprometer-se” na intervenção e encaminhamento do caso. E, de fato, encontramos uma alta prevalência de lesões nestas duas áreas, assim como confirmamos este resultado em uma literatura relativamente vasta, sobretudo, norte-americana, acerca do tema. Na literatura nacional, mesmo que dentro da perspectiva da Saúde Coletiva, a Odontologia ainda tem dado excessiva ênfase aos aspectos bio-quantitativos decorrentes das violências em detrimento das vias compreensivas de tal fenômeno.

Conforme até aqui exposto, envolver-me com um objeto complexo tal como a violência dentro do contexto biomédico foi uma experiência “rasa”, no sentido de não me satisfazer apenas com o que a estatística teve a me revelar; uma experiência também “clandestina”, uma vez que foi preciso ir além do universo bio-quantitativo, mesmo sob a vigília dos olhares mais conservadores, aos quais precisei e preciso, muitas vezes, justificar tais “desvios” epistemológicos. Ademais, uma experiência solitária porque vivida em uma Odontologia muito distante da questão da violência. Desta forma, a maior parte das pessoas com quem dialoguei dentro da área mantinha e mantém o olhar focado no biológico, na boca, no corpo, mesmo que os sinais “patológicos” indiquem violações de natureza qualquer.

No Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, como aluna do mestrado e, dedicada às Ciências Sociais, pude desenvolver o presente estudo, impulsionada por um olhar que busco constantemente construir em função da violência, um objeto complexo, escorregadio, mas intensamente instigante. A partir destas novas formas de ver o fenômeno, discorro acerca do método escolhido para a pesquisa realizada que por hora se apresenta.

## 3.2 O MÉTODO DE ESTUDO

### 3.2.1 ETNOGRAFIA, REPRESENTAÇÕES E AÇÕES

Propôs-se, como estratégia metodológica para este estudo, a incursão etnográfica no Hospital da Criança das Obras Assistenciais de Irmã Dulce (HC-OSID) e no Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira do Hospital Universitário Professor Edgar Santos (CPPHO-HUPES/UFBA). Tal escolha metodológica e a seleção do campo de pesquisa, além de adequar-se à natureza dos objetivos expostos anteriormente, compatibilizaram-se com as condições concretas de execução, em tempo hábil, dos elementos empíricos

deste estudo e com as exigências institucionais, sobretudo, relacionadas à normatização ética requerida por ambos os serviços.

Embora o HC-OSID e o CCPHO tenham sido selecionados como *loci* específicos deste projeto, e, de certo modo, a pesquisa estivesse centrada nestas instituições, destaca-se aqui que o trabalho de campo transcendeu estes espaços. Primeiramente porque se tratou de um estudo pertencente a um amplo projeto de pesquisa, o qual envolveu outras importantes instituições referenciais da rede pública de atendimento à criança e ao adolescente, nas quais foi possível estabelecer contatos e diálogos com diversos profissionais. Além destes espaços formais, eventos direcionados à discussão do tema, tais como reuniões, seminários e cursos, também foram contemplados como estratégias de observação participante, durante os dois anos de execução do referido projeto, por representarem espaços significativos de compartilhamento de vivências dos diversos serviços e instituições envolvidos no atendimento às demandas em foco. Destes eventos, destaca-se o acompanhamento sistemático das reuniões mensais do Grupo de trabalho para Fortalecimento da Rede de Atenção a Crianças e Adolescentes em Situação de Violência em Salvador (GT-CRIAD-SSA), o qual será detalhado posteriormente como espaço privilegiado de observação.

No caso das instituições selecionadas, considerou-se como pré-requisito o intenso e contínuo fluxo de atendimento a crianças e adolescentes e, de importância para esta pesquisa em particular, uma grande concentração de residentes e profissionais de saúde, muitos dos quais, inclusive, atuam em diferentes hospitais da rede pública, como foi possível verificar ainda na fase pré-campo. Tal aspecto favoreceu centrar o trabalho de campo nos dois serviços selecionados, uma vez que os profissionais, ao transitar em diferentes instituições, com dinâmicas e configurações próprias, traziam em suas falas, muitas vezes comparativamente, experiências diferenciadas a depender do espaço de trabalho.

Tratou-se aqui de um estudo de representações e ações, e não necessariamente de análises institucionais propriamente ditas. Portanto, cogitou-se a possibilidade de um estudo etnográfico junto aos profissionais pertencentes à rede de atenção à infância e à adolescência de Salvador, em especial, daqueles vinculados ao setor saúde, e não exclusivamente dos

profissionais lotados nas instituições acima referenciadas. Do ponto de vista teórico-metodológico, tal pressuposto ancorou-se na possibilidade de ampliação dos espaços de investigação proposta pelas etnografias contemporâneas que avançam para além de contextos demarcados apenas por referenciais físicos ou territoriais, e logram incursões multilocalizadas (MARCUS, 2004) ou mesmo espaços imateriais, como racionalidades ou representações (DALMOLIN e col., 2002; BELIER, 2004; BORGES, 2005).

Quanto à orientação metodológica, ao considerar a especificidade do objeto de estudo em questão – as representações e ações dos profissionais de saúde acerca dos maus-tratos – optou-se pela abordagem qualitativa. Há uma literatura relativamente vasta relacionada à análise quantitativa da problemática da violência e seus desdobramentos sobre a saúde, oportunizando, portanto, um aprofundamento da complexidade do fenômeno a partir de uma perspectiva qualitativa, em especial, etnometodológica. A potencialidade metodológica desta abordagem é defendida por Minayo e Sanches (1993), que acrescentam:

A investigação qualitativa trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões. (...) Adequa-se a aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente. (MINAYO E SANCHES, 1993, p. 247)

É ainda Minayo (2007, p.149) que traz uma definição acerca da etnometodologia e a situa dentro das produções teórico-metodológicas de cunho qualitativo, ao longo da história. De acordo com a autora, “a etnometodologia dá nome a um conjunto de estratégias de pesquisa cujo ponto comum é a descrição minuciosa dos objetos que investiga e, por isso, é também conhecida como ‘pesquisa situada’”. Ademais salienta que, a partir da perspectiva etnometodológica, os desenhos operacionais contemplam a observação direta e a investigação pormenorizada dos fatos, no espaço em que eles acontecem, “com a finalidade de produzir uma descrição minuciosa e densa das pessoas, de suas relações e de sua cultura” (MINAYO, 2007, p. 150).

Lima e col. (1996, p.27) trazem outras contribuições teóricas acerca da pesquisa etnográfica, inclusive, lançadas sobre o campo da saúde. Segundo as autoras, “a etnografia é uma metodologia propícia para descobrir a maneira de viver e as experiências das pessoas – a sua visão de mundo, os sentimentos, ritos, padrões, significados, atitudes, comportamentos e ações”. E avançam: “esta perspectiva permite apreender o fenômeno humano na sua totalidade”. A abordagem etnográfica, portanto, adequou-se à natureza do objeto deste estudo, uma vez que se buscou descrever os significados contidos nas representações e ações dos profissionais da saúde sobre os maus-tratos contra crianças e adolescentes, nos dados contextos.

No que tange à opção em se focar o estudo nas representações, destaca-se que há uma discussão já amadurecida na Saúde Coletiva sobre limites e potencialidades das mesmas (HERZLICH, 1991; MINAYO; 1997; GOMES e col., 2002). Minayo (1997, p. 32), a exemplo, apóia-se na perspectiva fenomenológica de Thomaz (1963) quando coloca que “o problema das idéias que a gente tem, o problema das questões que a gente pensa é que aquilo que a gente pensa é real nas suas conseqüências”. Ainda esta autora, agregando a abordagem dialética marxista na sua análise, afirma que “parte do princípio de que uma concepção social ou uma representação social é capaz de revelar a natureza contraditória da realidade: ela une a base material e a idéia que vigora na sociedade”. E conclui: “se a idéia influencia a base material, esta, por sua vez, também repercute na elaboração das concepções vigentes” (MINAYO, 1997, p. 32).

Neste trabalho, as representações serão mais entendidas como um conceito, e menos enquanto um fenômeno, conforme o fora detalhado por Moscovici (2007, p. 46), quem destaca que as mesmas “devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que nós já sabemos”. O referido teórico as sintetiza como “fenômenos específicos que estão relacionados com um modo particular de compreender e de se comunicar – um modo que cria tanto a realidade como o senso comum” (MOSCOVICI, 2007, p. 49).

Anadón e Machado (2003) refletem sobre as diferentes abordagens da noção de representação social, desde as formulações pioneiras encontradas em Durkheim, Mauss e Mead às releituras pós-moscovicianas. Dentre estas, os

autores enfatizam as reelaborações feitas por Jodelet, nas quais “a representação social é uma forma de conhecimento elaborada e partilhada que tem uma visão prática e que concerne à construção de uma realidade comum a uma categoria social” (ANADÓN E MACHADO, 2003, p. 22). Sobre tal visão prática, os autores avançam em direção a um conceito, o qual se aproxima da perspectiva aqui adotada:

Na prática, as representações sociais trazem, nos seus conteúdos e processos, uma marca social específica que depende das condições e dos contextos dos quais estas representações emergem bem como da natureza das comunicações e das funções exercidas na interação com o mundo e com os outros. Enquanto fenômenos complexos, as representações sociais envolvem vários elementos de natureza informativa, cognitiva, ideológica, normativa, como as crenças, os valores, as atitudes e as imagens. Entretanto, esta diversidade se apresenta organizada em sistema o qual permite a construção de um saber a respeito de um objeto, de um fenômeno ou de uma situação. Jodelet (1991) organiza, ainda, as idéias mencionadas até aquele momento, qualificando a representação social de “forma de conhecimento corrente, dita do senso comum” (p. 668) caracterizada pelas seguintes propriedades: ela é socialmente elaborada e partilhada; ela tem uma perspectiva prática de organização, de domínio do ambiente (material, social, ideal) e de orientação das condutas e das comunicações; e enfim ela concorre ao estabelecimento de uma visão de realidade comum a um conjunto social (grupo, classe etc.) ou cultural dado. (ANADÓN E MACHADO, 2003, p. 23).

Ao reconhecer as representações como “orientadoras de condutas e das comunicações”, conforme defendem os autores acima, a análise das mesmas recairá necessariamente sobre as ações que as sucedem. Especificamente, tratam-se das ações de diagnóstico, de notificação, de encaminhamento, de acompanhamento e de prevenção por parte dos profissionais frente aos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes, mediadas pelas representações, as quais serão contempladas neste estudo.

### 3.2.2 O TRABALHO DE CAMPO: ESPAÇOS-TEMPO, SUJEITOS E INSTRUMENTOS

#### I. O HOSPITAL DA CRIANÇA DAS OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE

Inaugurado em dezembro de 2000, o Hospital da Criança (HC) integra-se às Obras Sociais Irmã Dulce, considerada a maior instituição hospitalar filantrópica do Brasil, de perfil operacional único no país, cujo atendimento vincula-se inteiramente ao Sistema Único de Saúde (OSID, 2009). Uma das instituições referenciais de maior importância e abrangência da rede de atendimento pediátrico de Salvador, o HC dispõe de 102 leitos, distribuídos em três enfermarias e um centro de terapia intensiva (CTI). O perfil dos beneficiários desta instituição constitui-se majoritariamente de um público de baixas renda e escolaridade, cuja origem é soteropolitana, em sua maioria, embora cerca de 10% do mesmo advenha do interior da Bahia e de outros estados (OSID, 2009).

Além do serviço médico-assistencial, o HC conta com ações sócio-educativas permanentes, tais como o projeto Escola no Hospital e o Programa de Atenção às Crianças e aos Adolescentes Vítimas de Maus-Tratos das Obras Sociais Irmã Dulce. Conforme dados institucionais, o programa Escola no Hospital, sob convênio da Secretaria Municipal de Educação, em vigor desde setembro de 2001, propicia a experiência do cotidiano escolar dentro do ambiente hospitalar, e representa um importante espaço de convivência das crianças e seus acompanhantes, por isso, contemplado como um dos cenários de observação deste estudo. Nesta perspectiva, além de atividades regulares de ensino-aprendizagem, as crianças participam de eventos lúdico-pedagógicos, a exemplo de oficinas temáticas, teatro de fantoches, visitas externas, passeios etc.

Em relação ao mencionado Programa de Atenção às Crianças e aos Adolescentes Vítimas de Maus-tratos, a sua existência na instituição foi um aspecto ponderado metodologicamente durante o delineamento do projeto, uma vez que, ao reconhecer na literatura as dificuldades e deficiências dos serviços de saúde diante da violência, como anteriormente discutido, caberia, se não avaliá-lo, já que este não seria este um dos objetivos específicos deste estudo, ao menos conhecer as possíveis contribuições do Programa à qualificação da abordagem sobre a problemática. Implantado em 1998, dedicou-se inicialmente à capacitação dos profissionais da instituição para a identificação dos casos. Em 2001, o Programa recebeu o apoio da Prefeitura

de Treviglio (Itália) que, em 2003, renovou o convênio por mais dez anos. Além da formação profissional, vinculam-se ao Programa atividades de pesquisa acerca dos maus-tratos e ações relacionadas à notificação, ao encaminhamento e acompanhamento dos casos. A exemplo, há dados de pesquisa da instituição com o público atendido: o HC diagnosticou que cerca de 16% dos casos de violência contra a criança são de violência sexual (OSID, 2009).

A submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética do Hospital Santo Antônio, existente nas Obras Sociais Irmã Dulce, constituiu-se como pré-requisito para a realização do mesmo. Deste modo, ao contemplar o período destinado à execução do protocolo requerido, assim como à sua tramitação, até o final do processo de coleta de dados, os vínculos com esta instituição desenvolveram-se durante aproximadamente um ano e seis meses. Em termos práticos, dos meses de junho de 2007 a dezembro de 2008, a permanência em campo marcou-se por entradas e saídas, estratégicas ou circunstanciais; e por confiança e estreitamento de laços afetivos, mas também por estranhamento e resistências perenes.

Ao longo deste período, os espaços privilegiados de observação da rotina de atendimentos e diálogos foram os seguintes: a enfermaria térrea, onde se internam os bebês e crianças de tenra idade; a enfermaria do segundo andar, destinada à internação de pré-adolescentes e adolescentes; os postos de enfermagem e as salas de convivência das mesmas; e a brinquedoteca situada ao lado do CTI pediátrico do terceiro andar, disposição espacial esta que merece considerações à parte. Sendo assim, chamou a atenção e, tão logo se impôs como cenário relevante de observações sistemáticas, este espaço singular que agrega cotidianamente crianças, mães, visitantes e profissionais: um ambiente onde convive o lúdico-salutar da brinquedoteca, na qual mães, filhos e profissionais reproduzem e/ou reinventam rotinas, com o complexo e tenso Centro de Terapia Intensiva, onde as minúcias de sua intimidade não se revelam facilmente ao pesquisador de fora, mas a sua sala de espera confunde-se com aquela dos brinquedos e com um jardim de infância externo, agraciado com a vista para o mar e para a Colina Sagrada do Senhor do Bonfim.

Cada um destes espaços, quase que independente do tempo de permanência nos mesmos, exigiu condutas e apresentações diferenciadas, bem como o acesso aos profissionais lotados nestes distintos ambientes assim também o demandou. A princípio, os olhares revelavam estranhamento frente à pesquisadora nova que, ao anunciar a natureza do objeto das suas pretensões, fazia-se ainda mais distante diante daqueles semblantes mais desconfiados, inquisidores ou mesmo apáticos, como fora o caso da coordenadora médica que, por sinal, vincula-se ao referido Programa de Atenção às Crianças e aos Adolescentes Vítimas de Maus-Tratos do HC. Esta fria e desinteressada recepção também se mostrou estranha às minhas expectativas iniciais em relação a esta que seria prontamente eleita como uma das interlocutoras chaves da pesquisa. Foi necessário pouco mais de um ano para que me concedesse a primeira entrevista informal; e, até o término do trabalho de campo, a metodologia adotada neste estudo ainda lhe soava meio impertinente.

Apesar destas dificuldades, de início, nem todos os olhares foram desviantes, especialmente, no espaço da brinquedoteca, onde recebi os meus primeiros votos de “confiança”, por assim dizer. Aqui, sim, o ambiente sempre foi de receptividade e acolhimento, e onde foi possível conversar livremente com os profissionais, em sua maioria, assistentes sociais e pedagogos; observar livremente a rotina deste lugar; e participar de algumas atividades. Inclusive, foi neste espaço que, logo em um dos primeiros dias de trabalho iniciado, uma das voluntárias da instituição, conhecidas como “anjos de Irmã Dulce”, convidou-me para conhecer todo o complexo das Obras Sociais do Largo de Roma. Foi nesta visita que pude aproximar-me, impressionada e absorvida, da dimensão das Obras Sociais Irmã Dulce e de seus tão diferenciados espaços, conforme venho descrever posteriormente.

Estes tão diferenciados espaços já se expressavam no próprio HC e, como referi, ora me exigiam a identidade de profissional de saúde, portando a distinta descrição do jaleco, no caso das enfermarias e seus postos; ora me permitiam o livre acesso, tal como acabara de chegar do lado de fora para ocupar mais uma cadeira na brinquedoteca ou nas salas de convivência.

Ao longo dos dezoito meses de entradas e saídas nestes distintos cenários do HC, e de posse do diário de campo, do gravador e dos roteiros

semi-estruturados de entrevista e de observação (disponíveis no anexo deste trabalho), acumulei registros sobre aspectos da rotina desta instituição, das falas, das impressões, dos acontecimentos etc. Foi possível dialogar com profissionais de formações diversificadas, bem como realizar entrevistas formais previstas no projeto, no total de seis voluntárias, e um grupo focal, a saber: duas médicas; uma enfermeira; uma fisioterapeuta; uma residente de medicina; uma ludoterapeuta; e um grupo focal, com quatro técnicas de enfermagem.

Destaca-se que estas duas últimas categorias profissionais não foram cogitadas previamente, mas revelaram-se como fundamentais ao longo das descobertas de campo. Os ludoterapeutas que, por conta da peculiaridade do seu trabalho, acessam aspectos sensíveis ao objeto deste estudo e sutis da rotina institucional, os quais dificilmente seriam percebidos e relatados por outrem; e os técnicos de enfermagem por representarem aqueles quem denominei, sem qualquer demérito, de “os operários da saúde”, dada a frequência e intensidade de relações cotidianas que tecem com as crianças e adolescentes internos e seus acompanhantes, mães ou avós, em sua maioria.

A esta altura, cabe salientar que o número de entrevistas formais realizadas, tanto nesta instituição, quanto no Centro Pediátrico Professor Hosannah Oliveira (CPPHO), esteve aquém das expectativas desenhadas no projeto original. Não necessariamente em termos quantitativos, mas no sentido da representação de todas as categorias profissionais ou estudantis que se cogitou acessar. Sendo assim, não foi possível, por exemplo, entrevistar a assistente social do HC, por motivos que extrapolam o controle do pesquisador, enquanto que, no CPPHO, as assistentes sociais se disponibilizaram inteiramente à entrevista. Em contrapartida, o acesso formal aos médicos do HC foi garantido, diferindo daquele estabelecido no CPPHO. Tais desequilíbrios e, de certo modo, tais frustrações, entretanto, não comprometeram a unidade do trabalho em direção aos seus objetivos; e encontraram uma alentadora resignificação nas palavras de Zaluar (1988, p. 110-11):

O material etnográfico aqui é arranjado como um *corpus*, um conjunto sistematizado, fixo, arranjado de forma tal que possa

ser transposto em escrita. Privilegiam-se todos os atos, enunciados e gestos, em geral os oficiais e os mais formalizados, que podem ser sistematizados dessa forma, e acaba-se por construir uma estrutura estruturada, um sistema de signos decifrados. [...] Este viés etnográfico, que consiste em registrar o que já está codificado ou predisposto à escrita, leva o antropólogo a desconfiar e ignorar o que é privado, pessoal, ilegítimo e improvisado porque a tradição metodológica o ensina a desprezar o que não tem forma, o que é contraditório e ambíguo (Bourdieu, 1982). Por causa deste viés, grande parte das pesquisas foi reduzida ao registro dos discursos oficiais e das entrevistas, que podem ser transcritas e analisadas com as mesmas técnicas usadas nas análises de mitos e textos. O contexto da ação do que foi dito muitas vezes não é registrado. Como se obteve a entrevista, quem é a pessoa entrevistada e a sua adesão ao que diz não são problemas. [...] Por outro lado, a posição do observador enquanto participante do processo da pesquisa também não entra nas cogitações teóricas. De fato, tudo leva a crer que, desta perspectiva, não importa como o pesquisador é de fato recebido ou visto pelo grupo. O *corpus* é coletado de um modo ou de outro. (ZALUAR, 1988, p. 110-11).

Deste modo colocado, procurei valorizar, tanto quanto os dados advindos dos discursos formalizados nas entrevistas a mim concedidas, aqueles que emergiram do campo espontânea e inusitadamente: as recusas, os silêncios, as dificuldades, as desconfianças, as tais condições de permanência e de acesso, as saídas improvisadas e os improvisos, enfim, aqueles elementos, a priori, indesejáveis à lisura do trabalho de campo. Ademais, conforme sugeriu Bourdieu (1982) na fala de Zaluar (1988), enfatizar as contradições e as ambigüidades flagradas no campo, nos sujeitos, e, acrescento aqui, no próprio pesquisador, passou a valorar tanto quanto o óbvio e as continuidades tão almejadas ou, talvez, idealizadas no desvelar do processo etnográfico, fosse neste Hospital da Criança, fosse no Centro Pediátrico, a seguir apresentado.

## II. O CENTRO PEDIÁTRICO PROFESSOR HOSANNAH DE OLIVEIRA

O Centro Pediátrico Professor Hosannah Oliveira (CPPHO), atual denominação do Centro de Hidratação e Recuperação (CHR), foi cedido à Universidade Federal da Bahia, através da Portaria Inter-Ministerial, datada de 25 de janeiro de 1991, integrando-se, a partir de então, ao Complexo Hospitalar

Universitário Professor Edgar Santos (C-HUPES) ou, mais conhecido, Hospital das Clínicas. O CPPHO apresenta-se também como importante referência pública de atendimento pediátrico em Salvador, cujos beneficiários são, em sua maioria, crianças do próprio município, mas também aquelas do interior do estado ou de outros estados. De acordo com interlocutores, os pacientes são, majoritariamente, oriundos de famílias de baixa renda e de pouca escolaridade.

A estrutura de atendimento básica do CPPHO é composta por um pronto-atendimento (PA), uma enfermaria geral, uma unidade de pequenos lactentes e uma unidade metabólica. O PA é considerado como porta de entrada das crianças, geralmente, em condições agudas ou com caráter de urgência e, por conta destes atributos, figurou como um dos principais espaços de observação deste estudo, assim como a enfermaria geral. Esta, por sua vez, atende aos pacientes pediátricos com patologias diversas, habitualmente, procedentes do PA. Atualmente, dispõe de 18 leitos em funcionamento, distribuídos em cinco salas, nas quais se acomodam crianças de faixas etárias semelhantes em cada uma.

As unidades de pequenos lactentes e metabólica são enfermarias específicas, respectivamente, para o atendimento de crianças de zero a três meses de idade e para crianças com distúrbios metabólicos e gastrointestinais. Esta última é também uma unidade voltada para a pesquisa, e conta com equipe de especialistas vinculados a esta área, tais como endocrinologistas, gastroenterologistas, nutrólogos etc. Ambas não representaram cenários de observação, entretanto, ao longo do trabalho de campo, foram incorporadas como contrapontos aos espaços privilegiados por esta pesquisa, no caso, o PA, a sala de espera deste, e a enfermaria geral, conforme serão posteriormente detalhados.

Além desta área central de atendimento, o CPPHO conta ainda com consultórios de clínica médica, central de vacinação, salas e coordenação do serviço social e uma escola hospitalar, também conveniada à Secretaria Municipal de Educação. Estes dois últimos, especialmente o serviço social, também foram contemplados na observação.

Como peculiaridade considerada metodologicamente em relação ao CPPHO, destacou-se o fato de se tratar de uma instituição eminentemente voltada para a prática docente-assistencial, portanto, um componente passível

de ser problematizado na análise dos dados. Em contraposição ao Hospital da Criança, o CPPHO não possui um projeto específico destinado ao aprimoramento da abordagem frente às situações de maus-tratos, muito embora, segundo informações de interlocutores, houve esforços, há cerca de seis a sete anos, de estruturação de uma comissão interna dedicada a tal fim, à época, coordenada pela mesma profissional que atualmente lidera o Programa de Atenção às Vítimas de Maus-tratos, no Hospital da Criança. De acordo com a assistente social que acompanhou os trâmites, a comissão foi efetivamente criada, inclusive, através de portaria, entretanto, logo após o início das suas atividades, fora extinta por fraca adesão dos profissionais e periodicidade escassa das reuniões.

Assim como no HC, a pesquisa nesta instituição envolveu o acompanhamento da rotina do serviço, através da observação direta e participante, ao longo do ano de 2008, com entradas e saídas, proximidades e distanciamentos. Pode-se dizer que foi relativamente fácil e rápido o acesso ao CPPHO, após a devida submissão e aprovação do projeto ao comitê de ética do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Entretanto, embora a instituição se mostrasse muito mais aberta à minha presença em relação ao HC, os olhares desconfiados, as resistências e recusas se sobrepuseram sobre o acolhimento nos primeiros seis meses de convivência.

Em tempos de empatia, relativamente curtos, dediquei-me às entrevistas aos profissionais que lidam diretamente com crianças e suas famílias, através dos mesmos questionários utilizados no HC, apenas, com pequenas modificações adequáveis ao contexto. Além dos registros em diário de campo, somaram-se, ao final, cinco entrevistas formais e um grupo focal, a saber: três, com assistentes sociais; uma, com uma enfermeira-chefe; uma, com um estudante de medicina, em regime de internato. O grupo foi dedicado às técnicas de enfermagem da instituição pelos mesmos motivos sinalizados na descrição correspondente ao HC. Cabe frisar que os dois médicos preceptores que se dispuseram a dialogar sobre o tema recusaram a gravação das suas falas. Destaca-se, em contrapartida, a colaboração e o interesse da equipe do serviço social no desenvolvimento da pesquisa nesta instituição.

### III. OUTROS ESPAÇOS

Além do Hospital da Criança e do Centro Pediátrico Professor Hosannah de Oliveira, um dos espaços privilegiados de observação foi o Grupo de Trabalho para o Fortalecimento da Rede de Atenção a Crianças e Adolescentes em Situação de Violência em Salvador (GT – Rede CRIAD SSA), acompanhado ao longo do segundo semestre de 2008. Criado no mês de maio do referido ano e conforme descrito na sua denominação, o GT representa uma iniciativa, vinculada à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, de estruturação de uma equipe técnica dedicada a subsidiar a Câmara Técnica de Políticas Públicas do município de Salvador, especialmente, no apoio às políticas voltadas à intervenção sobre a problemática da violência contra crianças e adolescentes. Embora ainda em estágio incipiente, o GT dedica-se também a esforços da sua institucionalização e legitimação frente ao Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) e outras instâncias vinculadas à rede de atenção a estes sujeitos.

Em função da especificidade dos seus objetivos, os quais se relacionam diretamente ao objeto deste estudo, as reuniões mensais do GT foram acompanhadas no período citado. Tais eventos se desenvolveram com a presença de representantes, com ampla diversidade profissional e de atuação, de diferentes instituições integrantes da rede de atenção à infância e à adolescência. No caso das instituições sob foco nesta pesquisa, isto é, o HC e o CPPHO, a presença ou a ausência de representações, bem como o conteúdo das colocações, foram contempladas como elementos do *corpus*.

Cabe antecipar que as reuniões significaram ricos espaços de evidenciação e compartilhamento de problemas institucionais ou situacionais, mas também de ações bem sucedidas nos diversos setores envolvidos em serviços prestados às crianças, aos adolescentes e suas famílias. Destaca-se a valorização da perspectiva de articulação entre os serviços/instituições, de modo a socializar as experiências já consolidadas, ou a estimular a construção ou o fortalecimento de possíveis ações articuladas.

As reuniões, ocorridas sempre no Instituto Médico Leal, durante o turno vespertino, foram gravadas e transcritas quando acusticamente viáveis. A maior parte dos dados, entretanto, foi oriunda de registros de diário de campo e de atas das reuniões socializadas ao grupo.

### 3.2.3 ANÁLISE DOS DADOS

Em relação à análise dos dados, utilizou-se a técnica da análise do conteúdo dos documentos disponibilizados, dos diários de campo e das entrevistas realizadas, devidamente gravadas e transcritas. A opção por este “conjunto de técnicas de análise das comunicações”, como conceitua Bardin (1977), ou por esta técnica para produzir inferências, tal como define Bauer (2002), justificou-se por conferir fundamentação aos dados colhidos dentro da perspectiva teórica e dos objetivos adotados por este estudo.

A organização da análise dos dados contemplou as fases distintas da pré-análise, com a construção do *corpus* e elaboração de categorias e indicadores; da exploração sistemática e exaustiva do material; e do tratamento inferente e interpretativo dos resultados (BARDIN, 1977).

A partir do tratamento dos dados, identificou-se o conjunto de categorias centrais de análise, as quais foram subdivididas em dois grandes planos, a saber: o plano das representações, no qual se buscou compreender opiniões, concepções e valores compartilhados entre os profissionais partícipes desta pesquisa; e o plano das ações frente aos casos e suspeitas de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

No âmbito das representações, as categorias analíticas foram a “conceituação dos maus-tratos”, a partir da pergunta geradora “o que são os maus-tratos”; a “tipificação dos maus-tratos”; e a “gradação dos maus-tratos”, segundo atributos de gravidade associados aos eventos. Destaca-se aqui que apenas a primeira categoria fora prevista no desenho original do projeto; e, as duas últimas, emergentes da análise das entrevistas.

No plano das ações, por sua vez, o processo analítico centrou-se nas seguintes categorias: ações diagnósticas dos casos ou de suspeitas de maus-tratos; ações de notificação; de encaminhamento; de acompanhamento; e de prevenção desenvolvidas pelos profissionais a partir dos contextos investigados.

Ao se considerar a natureza etnográfica desta pesquisa, buscou-se também contextualizar as representações e ações analisadas nos espaços e nas instituições envolvidas, descrevendo-os em suas características

estruturais, suas rotinas e missões, conforme poderá ser visto na segunda parte deste trabalho.

### 3.3 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto originário deste estudo enquadrou-se na modalidade de pesquisa de risco mínimo e foi devidamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e ao Comitê de Ética do Hospital da Criança das Obras Assistenciais de Irmã Dulce; sobre respectivos números de protocolo de entrega, 020/07 e 030/07. Ambos os comitês aprovaram o referido projeto.

Por tratar-se de pesquisa envolvendo instituições e seres humanos, o acesso aos dados foi previamente autorizado pelos representantes das mesmas e, individualmente, os profissionais foram entrevistados mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, conforme Resolução CNS 196/96. Ressalta-se que as recusas de gravação, não raras, foram respeitadas. Os possíveis significados desta frequência relativamente alta de recusas serão analisados posteriormente. Por hora, do ponto de vista ético e metodológico, tais resistências sinalizam necessidades peculiares no tratamento da violência enquanto objeto, a serem mais intensamente exploradas.

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa de campo, os profissionais das instituições foram convidados a participar de três eventos relacionados à temática em foco e promovidos pelo Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde, Sociedade (LAVISS - ISC), ao qual se vincula este projeto, a saber: do Seminário de “Defesa e Promoção dos Direitos da Infância e da Juventude”; do curso de “Prevenção de Maus-tratos contra Crianças e Adolescentes”, na modalidade “Educação à Distância”; e do mini-curso “Maus-tratos contra crianças e adolescentes: reflexões e ações de diagnóstico e acompanhamento”.

Os resultados das pesquisas deverão constituir-se em recomendações aos serviços de saúde, de modo a contribuir para um melhor posicionamento diante da questão, tanto em concepções, quanto em práticas, bem como para

propor um maior sinergismo entre estas instituições e a rede de atenção à infância e à adolescência em Salvador.

## CAPÍTULO I: CENÁRIOS DAS REPRESENTAÇÕES E AÇÕES EM FOCO: NOTAS DE UM OLHAR SOBRE TEMPOS-ESPAÇOS, SUJEITOS E ROTINAS

O presente capítulo, conforme especifica o título, traz notas acerca das observações sistemáticas realizadas nas instituições contempladas por esta pesquisa. De antemão cabe advertir que se tratam aqui de descrições motivadas por elementos de ambos os cenários que mais impressionaram o olhar de pesquisadora, ávido por interpretá-los. Intencionou-se, assim, uma aproximação ao que chamei de “personalidades institucionais”. Sem pretender esgotar seu sentido, tal categorização foi entendida mais especificamente como contextos, marcados com determinadas características, com certas peculiaridades e traços, que modulam, em algum grau, as representações e ações, objeto deste estudo.

Nesta perspectiva, dois aspectos relevantes se colocam para melhor situar a leitura que se segue. Em primeiro lugar, os espaços, com seus tempos, sujeitos e rotinas, foram considerados em suas particularidades por se entender que as referidas representações e ações não se operam no vácuo, portanto, sofrem as influências das “densidades” onde se situam. Em segundo, as rotinas, com seus espaços, tempos e sujeitos, não se referem especificamente àquelas relacionadas aos protocolos frente aos casos de violências atendidos nos serviços. Deste modo, não se espera encontrar aqui organogramas, roteiros, fluxogramas, entre outros produtos desta natureza, mesmo porque os tais protocolos, conforme poderá ser avaliado nos próximos capítulos, expressaram-se amorfos, fluídos, ou, sendo mais clara, mais circunstanciais do que rigidamente pré-estabelecidos.

Feitas estas considerações preliminares, ou, situando os conteúdos e refreando as expectativas do leitor, convida-se finalmente ao texto.

### 1.1 HOSPITAL DA CRIANÇA DAS OBRAS SOCIAIS IRMÃ DULCE:

## TEMPOS-ESPAÇOS E SUJEITOS

O Hospital da Criança (HC) é, indubitavelmente, a presença de Irmã Dulce. Aliás, todo o conjunto das Obras Sociais situado ali, próximo à Colina Sagrada do Bonfim, é a sua intensa presença. A presença de Irmã Dulce ou, em sua doce metáfora, o “Anjo Bom da Bahia”, é um traço fortemente evidente na instituição e no seu entorno. Certamente, não haveria de ser de outra forma, de modo que o HC, assim como os demais serviços que compõe o complexo, é comumente referido apenas por sua condição metonímica: o “Irmã Dulce”. Assim, ouve-se dizer que “a criança foi encaminhada para o Irmã Dulce” ou “eu trabalho aqui no Irmã Dulce há mais de vinte anos”. Neste último caso também é um fato comum as pessoas anunciarem, em tom meio orgulhoso, meio ostensivo, as seguintes pontuações: “sou da época de Irmã Dulce” ou “convivi com o Anjo Bom”, ou “tive a felicidade de conhecê-la”. Trata-se, portanto, de uma instituição de personalidade marcante: a instituição, sua história e o imaginário sobre Irmã Dulce, sua fundadora, se confundem simbolicamente com forte intensidade, tanto quanto refletem suas palavras, ao afirmar que “neste trabalho, a doação chega ao ponto de nos esquecermos de nós próprios e vivermos a vida de nossos irmãos”.

Irmã Dulce está nas fotos, nos quadros, cartazes, cartas, ofícios, documentos, jalecos, lençóis, aventais. Está também na vestimenta das crianças internadas. Obviamente, a marca da sua Obra é a sua face, em uma expressão levemente alegre. As fotos a trazem ao lado de crianças, adultos, idosos, especialmente, em situações de carência ou de debilidade visíveis, pobres e negros em sua maioria. Além destas ilustrações, a marca das Obras Sociais de Irmã Dulce, portanto, a sua face, se difunde em muitos lugares, inclusive, agregada a ela, encontra-se com muita frequência a conclamação “estou presente”. O caso da cantina do Hospital da Criança é um exemplo curioso desta presença: a marca, além de onipresente nos produtos manufaturados no Centro Educacional das Obras, está estampada no apelo exposto próximo à lata de lixo, que diz “por favor, deposite aqui e deixe um espaço agradável para o próximo”. Sendo assim, sobre o olhar vigilante da

beata, quem se arrisca a ferir as condutas esperadas pela instituição, em qualquer um dos seus espaços?

Hão de se perguntar: marca amplamente utilizada toda instituição tem; o que haveria de diferente no caso de Irmã Dulce? A resposta a tal pergunta se reveste necessariamente de outras perguntas; todas elas, entretanto, longe de se exibirem satisfeitas por este breve olhar. Sendo assim, qual o sentido do emprego tão exaustivo da sua marca? Carregaria ela uma aura benevolente que permeia a missão e a identidade institucionais, de modo a influir, em alguma medida, concepções e práticas? Afinal, quais os seus significados; qual seu peso simbólico? E quais as relações destes significados com a forma de se conceber e se agir frente à questão da violência? Exceto esta última, embora as demais não sejam questões específicas deste estudo, e não se tenha a menor pretensão de respondê-las, algumas considerações próximas a elas serão ensaiadas a seguir.

À primeira vista, qualquer incursão etnográfica é acompanhada de possibilidades tão múltiplas de olhares e de elementos a serem vistos e registrados que detalhes, aparentemente, ínfimos podem passar absolutamente despercebidos ou indignos de uma observação mais cuidadosa. Especificamente, à descrição etnográfica de um determinado espaço institucional, por mais minuciosa que logre ser, talvez não lhe caiba o detalhamento pormenorizado das paredes das suas dependências interna e externa. No caso do Complexo das Obras Assistenciais Irmã Dulce, absolutamente, não. Ao contrário do dito popular, as paredes de Irmã Dulce “não ouvem”, mas dizem muito a respeito desta instituição de natureza filantrópica, fundada pela beata no ano de 1959.

As paredes de Irmã Dulce trazem sua marca, suas fotos, e, principalmente, os seus dizeres, os seus tanto ensinamentos. Desde o lado externo, os muros exibem o seu semblante, através das manifestações de artistas urbanos, de grafiteiros, anônimos ou conhecidos, em suas mais diversas expressões criativas: ora lúdicas, ora sérias, mas sempre com o ar doce e calmo que marcam a feição do Anjo Bom. Do lado de dentro, na intimidade que cercam suas paredes internas, os dizeres são muitos, espalhados pelas enfermarias, corredores, salas, bibliotecas; e destacados em

letras grandes, vivas, por vezes, associados à sua face, impressa em monocromia ou em todas as cores próximas da realidade. A biblioteca, por sinal, exibe um belíssimo painel, de amplas dimensões, com fotos de Irmã Dulce, desde a sua juventude aos seus traços senis, no qual as suas próprias palavras traduzem a missão das suas Obras: “amar e servir aos mais pobres, dando gratuitamente assistência na saúde e na educação para a vida”. Ainda na biblioteca, uma recomendação se anuncia propícia ao lugar: “sempre recomendo às irmãs, aos funcionários e aos médicos, principalmente aos estudantes, para que vejam no doente que bate a nossa porta o próprio Cristo” (IRMÃ DULCE, s/d).

Uma das frases mais impactantes, de teor próximo à última colocação acima, a encontrei no setor de tisiologia, situado dentro do próprio Hospital da Criança, logo nas minhas primeiras andanças pelos corredores. Dizia Irmã Dulce: “o pobre, o doente que bate à nossa porta é um outro Cristo que nos procura”. E mais adiante, deparei-me com outro dizer digno de nota: “quando nenhum hospital quiser aceitar mais algum paciente, nós aceitaremos; esta é a última porta e, por isso, eu não posso fechá-la”. Para além da sensibilidade das palavras, e em que pese todo o altruísmo contido nelas, o lugar e o tempo destas frases inscritas nas paredes possuem algo que transcende estes nobres valores: tratou-se de um princípio de assistência e de atenção perseguido pela beata, ainda em suas modestas instalações, quando a saúde não era um direito universal garantido constitucionalmente. Assim, a esta época, o Irmã Dulce era um dos poucos serviços que acolhia os indivíduos tísicos, então marginalizados, excluídos e estigmatizados, conforme bem historicista Bertolli Filho (2000).

Ao lado dos tantos dizeres, os quais remetem a circunstâncias passadas, porém de significados ainda fortemente atuais e presentes, convivendo harmonicamente com eles, encontram-se cartazes sobre a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HUMANIZASUS, MS, 2003). Neste ponto, cabe então levantar algumas questões: afora a “presença de Irmã Dulce”, em que medida os esforços institucionais prezam pelos princípios e diretrizes de humanização, preconizados pela referida política, estampados nos cartazes dos corredores? Aliada a esta primeira pergunta de base, ergue-se uma segunda: a “presença de Irmã Dulce”, enquanto categoria

empírica a ser testada, humaniza a instituição de forma diferenciada daquela que a política do SUS especifica?

Também sem pretensão de respondê-las, mas apenas sinalizando-as, como forma de apresentar as especificidades que marcam esta instituição, ela mesma oferece pistas sobre estas questões em sua placa inaugural: “O Hospital da Criança é fruto da mobilização de forças humanas, movidas pela fé, esperança e caridade. O desempenho científico, favorecido pelos novos e modernos equipamentos, aliado à humanização do atendimento, tornará possível a realização de uma assistência médica qualificada. Nosso profundo agradecimento ao Governo da Bahia, a Eletrobrás, a Maxitel e a todas as pessoas que contribuíram para que esse sonho se tornasse realidade”.

Tais dizeres refletem, em certo grau, a personalidade desta instituição, forte e marcante, como defendido anteriormente, que é o Hospital da Criança das Obras Sociais Irmã Dulce: um entremeado complexo de princípios, ora sinérgicos, ora antagônicos, como aqueles religiosos e científicos; assistenciais, educacionais, e possivelmente outros. Uma marcante personalidade institucional que agrega o “profano” e o “sagrado” e que, como bem expressam os agradecimentos acima transcritos, mobiliza poderes e forças públicas e privadas na sua estruturação e financiamento permanentes.

Neste ponto, cabe um parêntese. Embora existam amplos estudos acerca das relações entre religião e medicina ou entre aquela e as práticas em saúde, dentro das mais diversas abordagens, permito-me aqui beber da fonte durkheimiana para lograr a uma leitura possível sobre a interface complexa entre as referidas instituições, a partir da análise de Douglas (2007) quando reflete sobre o processo de estabilidade institucional:

[...] Qualquer instituição que vai manter a sua forma precisa adquirir legitimidade [...] Então, ela propiciará a seus membros um conjunto de analogias por meio das quais se poderá explorar o mundo e com as quais se justificará a naturalidade e a razoabilidade dos papéis instituídos, e ela poderá manter sua forma contínua, identificável.

Assim, qualquer instituição começa a controlar a memória dos seus membros [...] A instituição propicia as categorias dos pensamentos de seus membros, estabelece os termos para o autoconhecimento e fixa as identidades. [...] Todos os demais controles exercidos pelas instituições são invisíveis, mas não o sagrado. De acordo com Durkheim, o sagrado deve ser

reconhecido por estas três características: em primeiro lugar, ele é perigoso. Se o sagrado é profanado, coisas terríveis acontecerão. [...] Em segundo lugar, qualquer ataque ao sagrado suscita emoções em sua defesa. Em terceiro, ele é invocado explicitamente. Existem palavras e nomes sagrados, lugares, livros, bandeiras e totens sagrados. Tais símbolos tornam o sagrado tangível, mas, de modo algum, limitam seu alcance. Firmado na natureza, o sagrado reluz a partir de pontos proeminentes para defender todas as classificações e teorias que sustentam as instituições. (DOUGLAS, 2007, p. 116-7)

A partir da citação da autora, dois deslocamentos pertinentes podem ser feitos. Primeiro, ao considerar que “as instituições propiciam as categorias dos pensamentos de seus membros”, mesmo assumindo, por enquanto, estes excessos, digamos, “deterministas”, a afirmação ajuda a justificar a contextualização dos cenários diferenciados, de onde emergem as representações e as ações dos maus-tratos aqui em foco. Ou seja, isto quer dizer que as representações e, por conseguinte, as ações estudadas se dirigem mais ou menos para uma determinada conformação em função do seu contexto institucional, sua missão, sua identidade. O segundo deslocamento tem a ver, por sua vez, com o “controle do sagrado”. Conforme referenciado acima, tal controle se mostraria como aquele mais efetivo na garantia da legitimidade institucional e, nos casos das instituições em estudo, se expressaria de forma particular em cada contexto.

As Obras Sociais Irmã Dulce e, especificamente, o seu Hospital da Criança expõem explicitamente o seu “sagrado” em seu próprio nome, nas suas palavras doutrinárias exibidas pelas paredes, marcadas explicitamente por valores cristãos, também nas suas concepções, ações, na identidade dos seus membros. Não é à toa que, entre os profissionais de saúde e o público sob atendimento, transitam pelos corredores padres, freiras e um exército de voluntários, identificadas pelo emblema das suas vestes como “Anjo de Irmã Dulce”. E não é à toa também que, entre as práticas de assistência e de cuidado, operem evangelizações, missas e mesmo pequenas procissões por entre macas, araras e pedestais. No caso do Hospital da Criança, mas não de todas as Obras de Irmã Dulce, dadas as suas tantas facetas, o “sagrado” está mais fortemente associado ao religioso e, portanto, mais próxima da leitura

durkheimiana proposta. No Centro Pediátrico da UFBA, o “sagrado” assume outra expressão, a qual será traduzida posteriormente.

De volta aos corredores do Hospital da Criança, ao lado dos leitos onde repousavam os pequeninos no entorno do meu olhar, encontrei algo dito pela Irmã que, ao ler, confesso, percebi-me meio tocada e, ao mesmo tempo, inquieta: “não sendo eu capaz de grandes coisas, faço as pequenas e, então, Jesus me julgará como uma criança. Não é muito bom assim?” Ao confrontar suas palavras com a dimensão das suas Obras, isto é, com a magnitude do “maior hospital filantrópico do Brasil”, fiquei então a questionar se a grandiosidade das ações enquanto valor marcaria ou balizaria as “pequenas” ações cotidianas de atenção e cuidados à saúde daqueles sujeitos. Afinal, quais os parâmetros valorativos que pesam sobre esta instituição? Os princípios constitucionais relativos à saúde se revestem de modo diferenciado frente a tais parâmetros no HC?

Questões emergentes, respostas em médio ou longo prazo e à custa de novos empenhos analíticos. De todo modo, há algo de sutilmente acolhedor no Hospital da Criança. A sua porta de entrada é um ambiente parcialmente aberto e quase sempre ensolarado. Há, logo de início, um pequeno jardim onde se vê entre plantas e árvores, elementos fantásticos do universo infantil: uma réplica da Branca de Neve brinca rodeada dos anões; e se abriga sobre a escultura da marca do Hospital. Duas enfáticas imagens também roubam a atenção: uma delas é um grande painel, com cerca de três metros quadrados, que exhibe a imagem de São Francisco de Assis a carregar uma criança no colo; a outra é um quadro afixado com certo destaque, onde a beata está abraçada a três crianças. Na ilustração do santo, as crianças estão representadas como anjos pálidos, fictícios, arcádicos; na foto, as crianças de Irmã Dulce são aquelas reais, pardas e negras, de feições dóceis e olhares tenros.

Esta é a porta de entrada do Hospital da Criança. A partir dela, se descortina a enfermaria térrea, onde se cuida dos bebês e dos pequeninos de até três anos. Imediatamente acima, no primeiro e segundo andares, encontram-se as enfermarias destinadas ao cuidado das crianças até dez anos, no caso da primeira; e dos pré-adolescentes e adolescentes, na última enfermaria. Todas, entretanto, têm o mesmo padrão: há, basicamente, um

posto de enfermagem, uma sala de reuniões, e um amplo corredor, de onde se enraízam quartos coletivos, com diversos leitos dispostos lado a lado. Depreende-se daí que privacidade não é das coisas mais preservadas neste tipo de conformação. Além desta estrutura básica, ainda se conta com pequenas salas individualizadas: das coordenações médica, de enfermagem e do serviço social (esta apenas na enfermaria térrea); de procedimentos; de isolamento (esta sim, reservada, mas mais por questões de biossegurança do que por quaisquer outros motivos), banheiros coletivos e individuais, e ainda uma pequena copa.

No último andar, já em forma de cobertura, encontra-se o Centro de Terapia Intensiva (CTI), bastante diferenciado conforme descrito ainda na metodologia, com a sua brinquedoteca e seu jardim, com vistas para o mar e para a Colina. Neste espaço, encontrei também um dos aforismos comovente do Anjo Bom: “vejo Deus no meu irmão, o pobre, e por ele darei a própria vida”. E tudo indica, na sua memorável história, impregnada nas suas Obras, que deu.

A esta altura, podem estar se questionando onde estaria, afinal de contas, o Programa de Atenção às Crianças e aos Adolescentes Vítimas de Maus-tratos, tão ressaltado nas considerações metodológicas sobre esta instituição. Respondo sem hesitações: ele não se encontra. Ao menos, não estruturalmente. Não há uma sala formal, um espaço específico, onde se acumulem arquivos, documentos, protocolos, rotinas. Não há. O que há é o comprometimento de algumas pessoas, mas mais especialmente de uma pessoa: a sua coordenadora. Feita tal pontuação e, antes de prosseguir, cabe uma merecida ressalva.

Na contramão da análise estrutural oferecida acima por Douglas (2007) e em direção àquela de Holanda (1995), a qual revela o excessivo personalismo nas relações sociais e, claro, nos contextos institucionais, como forte veio cultural brasileiro, situa-se o referido Programa. Mas não só ele: são as pessoas que se colocam à frente das instituições na maioria esmagadora das colocações ouvidas e registradas nas reuniões do Grupo de Trabalho da Rede, das quais, diga-se de passagem, nenhum representante do Irmã Dulce freqüentou, apesar dos convites e da relevância da requerida participação. De volta à personalidade excessiva, falam deliberadamente em nome delas

próprias, salvo raras exceções, enaltecendo, sem constrangimentos, condutas e certas conquistas alcançadas à custa de cordialidade e de vícios clientelistas, conforme apontaria Holanda (2005).

Percebe-se claramente, portanto, que o Programa de Atenção é, essencialmente, a sua coordenadora; e esta percepção a tive desde os primeiros dias e contatos incipientes no campo até as certezas das suas próprias ações e declarações, ao final da jornada. Sendo assim, quase todos os profissionais de saúde, desta e da outra instituição, com quem dialoguei sobre a problemática dos maus-tratos, ao longo da pesquisa, se referiam diretamente, não ao Programa ou ao HC como referência, mais ao seu nome. Além de estar nas tantas referências externas à coordenadora, o Programa está, portanto, na sua própria auto-referência quando a mesma afirma que ele “nada mais é do que colocar na cabeça do profissional médico ou do profissional de saúde de um modo geral que os maus-tratos existem”. Ou nas suas próprias recomendações feitas à equipe no posto de enfermagem, ali, diante dos meus olhos e ouvidos, e em tom firme, mas cordiais: “aqui existe uma pergunta proibida!”. E avança: “e qual a pergunta proibida, minha gente?”. “Aqui se pode perguntar tudo: como foi, quando foi, onde foi, mas nunca, quem foi. Então, ‘quem foi’ é proibido aqui dentro e todo mundo sabe o porquê disso”, e o “porquê disso” será oportunamente discutido nos próximos capítulos. Por agora, basta dizer que peculiar e diferentemente das premissas de Douglas (2007, p. 115), as quais sustentam que o “indivíduo tende a deixar as decisões importantes para as suas instituições, enquanto se ocupa com as táticas e os detalhes”, se aplica aqui justamente o contrário: as determinações importantes têm rubricas pessoais, por vezes, impositivas que, de tão próximas, afinal, como afirma Holanda (1995, p. 149), o nosso “Deus é um amigo familiar”, são imperceptíveis como tais. Mas vamos às rotinas do Hospital da Criança.

## ROTINAS

Rotinas, e não uma singular rotina, são vivenciadas no Hospital da Criança. Se óbvia ou não tal constatação, cabe aqui reafirmá-la, inclusive, em

termos de demarcações metodológicas. Neste estudo, a rotina dos profissionais esteve sob foco, sendo assim fala-se a partir da perspectiva dos dias típicos dos mesmos, e não dos demais sujeitos que compõem o contexto, como é o caso das mães ou das crianças, embora todas estas rotinas se entrelacem em certos pontos. Além do ponto de vista dos profissionais, descreve-se a rotina dos dias e horários tradicionalmente considerados “úteis”. Neste caso, os plantões noturnos e os fins de semana se configuraram como territórios não explorados por esta pesquisa; e, caso o fossem, certamente, a descrição de uma suposta unidade de realidade seria completamente diferente da descrita aqui. Do mesmo modo, em relação aos sujeitos, se tomada as perspectivas das mães ou das crianças, irrefutavelmente, aqui estaria outro texto. Este foi um ponto de partida necessário.

Era uma segunda-feira de fim de verão, quase outono, e eu chegava para mais uma visita ao Hospital da Criança das Obras Sociais Irmã Dulce (HC). O dia se iniciava, algo em torno das oito da manhã, e já era intenso o movimento de estudantes, residentes e internos, enfermeiros, médicos, entre outros profissionais. Embora fosse mais um dia predominantemente branco, ainda assim observava cores: rosas, lilases, azuis em um ou outro jaleco. Alguns traziam ilustrações de motivos infantis ou flores adornando nomes e posições. Tal movimento, de certa forma entusiasmado, de certa forma repetitivo, porém vivamente dinâmico, acontece cotidianamente na área externa do HC, onde há um pequeno, mas bem cuidado jardim e uma simpática lanchonete, todos, como dito, cheios da presença de Irmã Dulce.

Nesta ocasião, como ainda não havia percebido em outros tantos dias comuns, constatei ser este um ambiente modestamente agradável, onde ocorre um movimento de estudantes e profissionais, de natureza diversa daquele que acontece do lado de dentro, embora o lado de dentro reserve distintos movimentos, aos quais me deterei posteriormente. Este é o espaço do desjejum dos plantonistas ou do café rápido do meio da manhã daqueles que se levantaram muito cedo para mais um dia de trabalho. É também o espaço do almoço substituído pelo lanche, especialmente, dos residentes, já que os profissionais efetivos possuem um refeitório próprio, outro espaço de socialização de cotidianos de trabalho e de vida. Todavia, para o cafezinho ou o autêntico lanche da tarde, é ainda esta área externa que congrega estes

atores do serviço; os técnicos de enfermagem, mais comumente, lancham nas copas das enfermarias; e aqueles dos serviços gerais, em algum “não-lugar”. Este é também um não-lugar ao findar do dia, então encerrado para as atividades, sem vida, sem movimento. Entretanto, nesta manhã de segunda-feira, compreendi os seus aspectos mais subjetivos: é neste lugar, de poucas mesas, quase sempre ocupadas, onde vejo acenos, cumprimentos, diálogos, risadas, e outras tantas trocas entre estudantes e profissionais da instituição. Todavia, de certa forma, é o não-lugar de tantos outros sujeitos que o Hospital abriga ou encerra, mas esta é uma distinção que marca as outras rotinas não descritas por este estudo.

A esta mesma hora, no lado de dentro, observam-se movimentos essencialmente diferenciados e em múltiplas direções e funções: há o movimento dos plantonistas noturnos, que são em menor número do que aqueles diurnos; há o movimento da equipe técnica de enfermagem; de enfermeiras; de servidores, com seus serviços geralmente pesados; de residentes e internos, sempre numerosos; de acompanhantes, sobretudo, mães e avós; e há o movimento de crianças e de adolescentes. Todos carregados de suas rotinas, ora dinâmicas, atribuladas, por vezes, inusitadas; ora tranqüilas, por vezes, meio tediosas, afinal de contas, ápices de entusiasmos e de monotonias se revezam no correr das horas, dos dias, das semanas.

As manhãs são sempre mais carregadas. Inicia-se com as permutas entre os plantonistas noturnos e diurnos, nas quais se exibem prontuários; se sinalizam gravidades; se anunciam melhoras; se reafirmam alterações nos esquemas individuais. Os registros informatizados são fontes rigorosamente alimentadas e norteiam as condutas dos profissionais que se revezam turnos após turnos. Muitas vezes se flagram os profissionais mais tempo dedicados aos exaustivos registros do que aos contatos em si, o que ajuda a confirmar que, de fato, a realidade é um texto (BIRMAN, 1991). Simultaneamente aos revezamentos, enfermeiras, técnicas de enfermagem e outros servidores executam um turbilhão de ações: controle e administração de medicamentos; curativos; asseio dos pacientes, afinal, independente da sua necessidade e expectativa por parte dos sujeitos, deve ser feito ainda muito cedo, antes da

esperada visita dos médicos; o jejum das crianças e de seus acompanhantes, entre outros pequenos detalhes rotineiros.

Passados estes tempos críticos porque delicados nas recomendações e tratamentos, prosseguem os demais eventos matutinos, a começar pelas visitas às crianças e aos adolescentes pelos médicos, residentes e internos de medicina e das demais áreas da saúde. Há uma infinidade de internos e residentes. As visitas são um conglomerado de pessoas em redor dos sujeitos debilitados em seus leitos, uma vez que o HC é também um hospital escola; e esta é uma prática docente-assistencial dentre tantas outras. Exames e procedimentos são realizados rotineiramente. Após concluí-los, o grupo médico senta-se às mesas redondas das salas de reuniões, presentes em cada uma das enfermarias, para discutir e analisar os casos simples, os triviais, aqueles difíceis, os complexos e, dentre estes, os casos de violência ou de “maus-tratos”, conforme assegurado pelos preceptores e estudantes com quem conversei nos corredores ou nos postos de enfermagem de cada andar.

Não houve, entretanto, oportunidades para participar das reuniões, comumente a portas fechadas nestas salas. Não houve convites, apesar de muitos conhecerem a razão da minha presença no serviço e, especialmente, o “intimidador” objeto da minha investigação. De todo modo, com fins científicos ou não, trata-se sempre de um olhar externo, investigativo; e não há posição confortável para ambos, pesquisado e pesquisador. Eis mais um desafio do campo: o limite entre a observação-participação e a invasão. Em todo momento esta foi um ponto preocupante, às vezes, de uma angústia fina que marcou a experiência em campo, de posse do tema complexo da violência, mas tentei respeitá-lo, o tal limite nas suas sutilezas. Assim, após devidamente apresentada em minha identidade e pretensões, sem convites expressos à participação destas reuniões de rotina, entre pares, tudo o que colhi partiu de diálogos e entrevistas diretas, individualizadas e previamente consentidas; além da observação direta do que me foi permitido observar.

Possível observar, e mesmo participar, foi o conjunto de ações educativas que ocorrem no mesmo espaço, isto é, nas salas de reuniões, quando estão desocupadas pelos médicos e ocupadas pelas crianças, mães e professores. Dentre este conjunto de ações, destacam-se as classes hospitalares que ocorre nas tardes comumente mais serenas do HC. Além das

classes, o cotidiano da brinquedoteca e o azul do céu contíguo a ela permitem que mães sejam mais mães, e que crianças sejam mais crianças do que meros acompanhantes e pacientes respectivamente. Então, ao lado da terapeuta ocupacional, mães conversavam entre si, construíaam vínculos, trocavam experiências enquanto suas crianças também conversavam entre si, construíaam vínculos e experiências, viviam, ao menos neste tempo-espaco, suas condições de sujeitos plenos.

Entremeados a estes elementos rotineiros, profissionais, em especial, aqueles do serviço social e da educação, elaboram cuidadosamente eventos comemorativos ao longo do ano. Assim, mês a mês, vivenciam semanas temáticas, há muito programadas, tais como as semanas da páscoa, das mães, junina, das crianças, entre as tantas outras que se sobressaíam no calendário. Além destas, nas quais ocorrem festas, oficinas criativas, palestras e, claro, missas, valorizam-se demasiadamente os passeios extra-hospitalar. Então, aqueles em condição física e, devidamente, autorizados pelos pais vão a museus, zoológicos, pontos turísticos, parques, praças, etc. Inclusive, falou-me toda orgulhosa uma das coordenadoras destas atividades: “o Hospital da Criança é um dos poucos hospitais do Brasil que leva os meninos para conhecer coisas novas”. Nesta ocasião, falou-me em tom meio emocionado: “a coisa mais linda foi ver aquelas crianças do interior, que nunca tinham visto o mar, se deparar com aquela vista da (avenida) Contorno, e aquele marzão”. E avançou: “só isso já valeu o passeio, depois tirar foto com papai Noel nem foi o melhor do passeio”.

Na semana da criança de 2008, da qual tive a oportunidade de participar das atividades programadas, chamou especial atenção a palestra da psicóloga do HC, cujo tema vinculou-se a aspectos da educação dos filhos. A sala comumente destinada à reunião de médicos e estudantes estava repleta de mães, avós, crianças, adolescentes, e mesmo, algumas poucas figuras masculinas, como pais e tios. A psicóloga, juntamente com a terapeuta ocupacional e a equipe de professoras, estimulava a participação de todos, através de questões disparadoras, do tipo: “como é mesmo esta tarefa de educar os filhos?”; “é uma tarefa simples ou traz algumas dificuldades?”. A partir delas, e quebrado a timidez inicial através de algumas brincadeiras, ouviam-se certas vozes do público atento e participativo, em sua maioria.

Inevitavelmente, o uso da força física ou psicológica nas relações emergiu dos relatos dos pais, a exemplo de: “eu imponho limite e, às vezes, posso até ser grossa”; ou, “meu marido agia assim, batia e ele era grosseiro, e o menino tinha medo do pai.”.

Em contrapartida a tais colocações, o teor das falas da equipe do HC pautou-se na valorização do diálogo entre pais e filhos, isto é, da relação dialógica em detrimento da relação conservadora baseada na repressão deliberada por meio por atos agressivos física e psicologicamente. Sendo assim, destaca-se algumas pontuações do tipo: “a violência não é o caminho da educação”; ou “os filhos não podem pagar pelas dificuldades que os pais enfrentam”; ou “com violência, a criança passa a ter medo e não respeito”; e, nesta mesma lógica, “com limite, sem o uso de violência, a criança aprende a se respeitar e a respeitar os outros”. Ao final, o público mostrava-se bastante participativo, compartilhando experiências e socializando opiniões acerca do tema. Encerrou-se a tarde com um lanche oferecido pela instituição.

Se fosse possível sintetizar as rotinas do HC em apenas uma única convergência seria então uma espécie de acordo entre o previsto e o inusitado. Trata-se de um hospital onde, ao mesmo tempo em que impera a assistência médica, através de seus procedimentos nem sempre agradáveis, terapeutas cheios de cores e de vida, aqueles do riso, brincam e logram os sorrisos mais espontâneos de crianças, mães e profissionais. Sim, o doce circo é quase rotineiro e compreendido como tão essencial quanto as demais ações do cuidado nesta instituição. Inclusive, uma das interlocutoras já havia me informado: “o Irmã Dulce pode passar por problemas de financiamento sim, mas sem os terapeutas do riso não fica mais não; eles são indispensáveis no tratamento destas crianças”.

Ainda na tentativa da convergência, trata-se aqui de um hospital onde, ao lado dos profissionais, concentrados em seus labores científicos, eis que, inesperadamente, circulam procissões, com direito a imagens, ladainhas e cruz. Inclusive, tive oportunidade de ver um grupo de pesquisadores a discutir projetos ser abordado, mais de uma vez, pelo padre com sua água benta a abençoar os membros da sessão. Um hospital de eventos agendados para todo o ano, os quais se cumprem na intersecção das rotinas tão diferenciadas

de profissionais, mães, adolescentes, crianças. Um hospital, enfim, para se surpreender.

## 1.2 O CENTRO PEDIÁTRICO PROFESSOR HOSANNAH DE OLIVIERA (CPPHO)

### ESPAÇOS-TEMPOS E SUJEITOS

Muitas portas de entrada marcam esta instituição. A princípio, discorrerei acerca do Centro Pediátrico Professor Hosannah Oliveira (CPPHO), e os significados das suas tantas portas, tomando como contraponto as considerações feitas anteriormente ao Hospital da Criança, muito embora suas especificidades sejam, por sua vez, alvos mais prioritários por aqui. No CPPHO, não se vê nenhuma “presença”: trata-se de uma instituição, digamos assim, mais “desencantada”. Neste ponto já é possível perceber que uma leitura diferenciada daquela anterior, a partir de agora, mais próxima da tradição weberiana, se adequaria à compreensão deste contexto. Sendo assim, pode-se afirmar seguramente que o “sagrado” desta instituição não está nos ensinamentos religiosos de um fundador, mas nos princípios científicos perseguidos fervorosamente pelos seus membros. Aqui, os dogmas que não podem ser feridos são aqueles de natureza científica; de modo que, analogamente, traí-los significaria uma heresia potencialmente tão grave quanto um “pecado original” ou, na pior das hipóteses, excomungados seriam aqueles que os traem. As palavras de Pierucci (2008), em aula apresentada na ocasião do I Seminário de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFBA, fundamentam tais analogias:

[...] Weber vai dizer que cada esfera social tem seu valor. Por exemplo: o valor da esfera econômica está na “utilidade”; o valor da política está no “poder”; o valor da esfera intelectual está na “verdade”. E estes valores funcionam como se fossem um “deus”. A partir daí vem a idéia de politeísmo dos valores. Então, na cultura da sociedade moderna, deixa-se de ter um único “deus”, de ter a idéia de monoteísmo verdadeiramente religioso; e passa a ter agora uma pluralidade de “deuses”, que são os valores. [...] Weber vai classificando as coisas de tal forma que nos conduz ao seguinte raciocínio: há um processo de racionalização interno de cada uma destas esferas, de modo que cada uma delas produz seus próprios intelectuais.

[...] Em nenhuma delas, entretanto, se cria valores e intelectuais com base em pressupostos religiosos. [...] Em cada uma delas, vai se desenvolver uma consciência de autonomia. [...] Então, quando você diz que uma esfera de valor se autonomizou é que ela criou para si própria a sua própria legalidade. E é em torno desta legalidade que ela se torna, primeiro, diferente das outras, porém não apenas diferente, mas, às vezes, adversárias ou antagônicas. [...] Então, a partir daí, quando Weber fala que em nossa sociedade moderna vivemos uma situação de politeísmo dos valores, em outras palavras, ele está dizendo: a cultura moderna é uma esfera de luta; de luta entre os valores. (PIERUCCI, 2008)

Filho da Universidade Federal da Bahia, então, templo onde se cultua a esfera científica, o CPPHO expressa fortemente esta sua carga hereditária: a cientificidade é a sua marca presente; o seu fenótipo para usar termos mais familiares. Não que o Hospital da Criança negligencie os preceitos e rigores científicos, de modo algum. Muito pelo contrário, trata-se de um dos espaços de maior produção científica na área biomédica da Bahia, tanto assim, que existe um Comitê de Ética dentro desta instituição para dar conta de uma volumosa e crescente produção científica.

A esta altura não se pergunta: afinal, onde estaria então a diferença entre ambas as instituições? A diferença estaria em uma possível centralidade que a ciência ocuparia em cada um destes espaços? Não necessariamente. Observa-se este fenômeno em ambos; e obviamente não poderia ser de outra forma, em se considerando a hegemonia que a racionalidade biomédica ocupa nestas instituições. A diferença reside, então, na coexistência de valores que personaliza uma e outra. No caso do HC, convivem valores religiosos e científicos, mesmo que, às vezes, conflitiva e contraditoriamente; e, no CPPHO, absolutamente isto não se aplica, embora conflitos e contradições deixem de se expressar por conta disto. Deste modo, no CPPHO reinam absolutos, ou quase absolutos, os balizes da ciência, lançados à própria sorte dos seus parâmetros éticos, ou melhor, “bio-éticos”; mas esta é uma provocação para um pouco mais tarde. No momento, mais importante do que demarcar diferenças é exibir as especificidades deste espaço, de maneira a situar mais um contexto onde se expressam representações e ações frente aos maus-tratos contra crianças e adolescentes.

Voltemos às portas: há várias que permitem o acesso ao Centro Pediátrico Professor Hosannah Oliveira, inclusive, compatíveis com realidades bastante diferenciadas que se observa neste mesmo espaço. Trata-se de uma instituição de realidade múltiplas, diferenciadas, por vezes, estanques. Descrever tais diferenças, na maioria das vezes, marcantes diferenças, representa um meio de compreender as particularidades deste contexto.

Uma das portas, a que usualmente utilizo, em função da praticidade permitida, sempre me causou certo desconforto, o qual, por sua vez, estimulava a minha estranheza e curiosidade acerca dos motivos de tal desagradável sensação. Concretamente, trata-se de uma entrada aos fundos do prédio, onde há sempre montantes de entulhos, alguns reservatórios de lixo e muitos carros estacionados. Assim, é uma via mais reservada a serviços do que a acessos de pessoas, embora seja a principal entrada ou saída de pacientes transportados ou transferidos, neste caso, o que não deixa de ser um serviço a rigor. Certamente, e nestas condições citadas, a opção por esta via justifica-se por conta da maior privacidade permitida aos pacientes e profissionais; assim como do único meio de acessibilidade dos veículos de urgência, uma vez que a disposição física das demais vias de acesso ao CPPHO os inviabiliza.

Demorou um certo tempo, entre as desagradáveis entradas e saídas, para perceber que, a porta que se anuncia imediatamente após a grade de acesso por este local, é um necrotério pediátrico. A partir deste dia, o desconforto inicial aliou-se a uma inquietação. Entretanto, ambas permaneciam sem uma explicação racional minimamente razoável. Tais sensações acompanharam-me durante os meses de proximidade e afastamento ao campo até que, em mais uma visita, já sobre uma tarde de novembro, eis que descubro uma das possíveis razões do desconforto, porém muito mais inspirada pelos diálogos teóricos proporcionados pela análise desta pesquisa do que pelos elementos concretos do cenário.

Nesta circunstância, fixei um olhar mais atencioso no aviso inscrito na porta, discreto e decorado com motivos infantis: “NECROTÉRIO, favor não usá-lo como depósito”. Lembrete lido e relido em outras ocasiões, mas que, neste dia, ganhou um sentido. É que percebi, à custa de um olhar mais arduamente trabalhado, a concepção de infância hegemônica naquele lugar e,

extensivamente, em qualquer lugar. Naquele lugar, a compreensão do contexto nos informa sobre qual infância se referem as representações de maus-tratos que se pretende aqui conhecer. Em qualquer lugar, são as estatísticas, as teorias, as notícias, as imagens, enfim, a realidade vivida, televisionada, teorizada que evidencia uma concepção de infância resistente aos tempos históricos: um objeto, muitas vezes, de dominação.

Se voltarmos à análise de Sirota (2001, p.9) quando afirma que a infância pode ser “considerada como um simples objeto passivo de uma socialização regida por instituições”, então, é possível também que o mesmo espaço onde se “acomodam” crianças possa ser “confundido” ou utilizado para o depósito de objetos. Todavia, a mera “coincidência” espacial entre o necrotério pediátrico e o “depósito de entulhos” dos fundos não seria suficiente para fundamentar tal concepção. Seriam necessárias evidências mais consistentes e, de preferência, em circunstância de vida, e não apenas de morte.

Em face de tal necessidade, é oportuno dirigir-me às outras tantas portas de entrada das realidades desta instituição. Começemos por um dos acessos bem próximo, em vários sentidos, daquele desconfortável ambiente onde estive até então. Situa-se no mesmo andar térreo, porém, do lado oposto ao necrotério. É desnivelado em relação à via pública, e, portanto, pouco visível aos olhares mais ou aos menos atentos, mas isto não importa agora. Em contraste com a modesta disposição espacial, vale a pena lembrar que se trata aqui de uma das principais referências de atendimento em pediatria do município; uma das poucas, diga-se de passagem. Estamos agora diante do pronto-atendimento, mais corriqueiramente chamado de PA, situado no subsolo da instituição.

A partir da porta do PA, há imediatamente uma pequena recepção, com não mais de 20 metros quadrados, onde constam, progressivamente, um funcionário por trás da carteira ordinária, uma marquês de pedra, friamente acomodada, e três portas dispostas uma ao lado da outra. Não há plantas, não há quadros, não há vida nas paredes. A primeira porta, e não poderia ser diferente, dado o seu caráter “amortecedor”, conforme será analisado posteriormente, abriga o serviço social. Ao lado dela, uma sala de triagem, na qual decidi-se a viabilidade de atendimento ou de encaminhamento dos casos;

e, um pouco mais recuada, uma grande porta de entrada que dá acesso ao corredor de postos de atendimento e leitos de internação.

As condições físicas do PA tendem à precariedade. É onde crianças e, pior ainda, mães ou avós se acomodam mal ou mal se acomodam nos pequenos leitos e nas cadeiras, respectiva, mas não necessariamente nesta ordem. Isto porque não há lugar algum onde as mães ou as avós possam recostar quando estão a mais de vinte quatro horas na companhia dos seus filhos doentes. Neste caso, já derrotadas pelas cadeiras ordinárias ou desgastadas de tão velhas, algumas se espremem ao lado de seus bebês nos seus berços ou improvisam como podem.

Além das duas portas apresentadas, há ainda uma entrada intermediária: aquela da clínica especializada, mais situada às vistas dos passantes da via pública, uma vez estando um nível a mais do subsolo. Intermediária também em suas condições físicas, inclusive, tem-se observado alguns investimentos nas melhorias estruturais deste espaço nestes últimos meses. Aqui se encontram comumente mães e filhos, ou avós e netos, à espera de consultas pediátricas de rotina. Em geral, trata-se de um andar movimentado; dinâmico; cheio de gente com expectativas de atendimento, típico de um sistema de saúde que ainda não contemplou satisfatoriamente a sua oferta no nível médio de complexidade.

Ainda neste primeiro andar, encontra-se também, porém situado mais reservadamente, um espaço para reuniões entre os preceptores, residentes e internos, nas quais, à semelhança do HC, se discutem os casos triviais e complexos, especialmente, aqueles de maior repercussão ou relevância do ponto de vista clínico. Neste caso, os maus-tratos ou a violência tendem a passar mais despercebidos, conforme se referiu uma das assistentes sociais consultadas: “discutir a violência aqui?”. E completou: “aqui se faz é curar doença”. A propósito, neste mesmo andar, situa-se a modesta sala da coordenação do serviço social, diga-se de passagem, ainda funcionando através de seus arquivos manuais, muito distante dos sistemas de dados informatizados.

Imediatamente acima desta entrada intermediária, encontra-se a enfermaria geral, a qual ocupa praticamente toda a extensão deste segundo andar, para onde os casos agravados migram a partir do PA. Aqui voltamos a

um padrão muito semelhante ao do pronto-atendimento: as instalações são precarizadas; a manutenção dos equipamentos é lamentavelmente crítica; a reposição dos insumos tende à morosidade; as refeições dos acompanhantes não raro atrasam, entre outros agravos estruturais sofríveis. Nestas condições, o PA e a enfermaria não atendem minimamente os direitos fundamentais partilhados em três direções, segundo o exemplo bem sucedido dos serviços italianos da cidade de Reggio Emilia, a saber: o direito das crianças, no caso, da qualidade e da integralidade da atenção à sua saúde; o direito das famílias, sobretudo, das condições dignas de se acompanhar os seus filhos; e o direito dos profissionais, em geral, tão pouco referenciados, dos recursos adequados para a prestação dos serviços de saúde, sejam aqueles materiais, práticos, sejam aqueles simbólicos, sobretudo, quando se relacionam ao atendimento complexo das situações de violência.

De volta à enfermaria geral, ainda encontramos mais alguns espaços importantes: uma sala de atendimento do serviço social, por hora, bastante precarizada em suas instalações; um posto principal de enfermagem, onde se concentram decisões importantes do cotidiano; e, ao lado deste posto, talvez, estrategicamente, a unidade de pequenos lactentes. Mais isolada da realidade que a cerca, a unidade situa-se ao fundo do grande corredor, que é eixo dos grandes quartos coletivos, e separa-se por duas portas de vidro, de modo que se estrutura mais adequadamente em relação ao todo. E não poderia diferir disto, ao menos em termos práticos, uma vez que seria direito de todas as crianças e adolescentes, mas as boas condições são asseguradas frente às exigências e aos rigores dos cuidados aos recém-natos ou àqueles de poucos meses de vida, comumente, sob risco de morte.

Finalmente, ao percorrer as principais dependências da instituição, chega-se à triunfal entrada da Unidade Metabólica do terceiro andar. A sensação inicial, ao adentrar neste espaço, digamos, privilegiado, causa impacto instantâneo, ao menos, ao inadvertido visitante: definitivamente parece que se está em outra instituição. Em primeiro lugar, trata-se do único ambiente inteiramente climatizado, como deveria ser as demais, por uma questão básica de biossegurança. Mas, para muito além deste detalhe, sigamos por partes, em ordem de disposição das acomodações deste espaço.

Cheguemos à imponente recepção, onde se encontram três distintos espaços: um pequeno recuo bem equipado, onde se observa uma secretária concentrada diante do computador, porém simpática a ponto de me apresentar a Unidade, em todos os seus detalhes; a sala da direção do serviço; e, entre ambos, uma pequena sala de espera, muito bem acomodada, com seus sofás, plantas e quadros. Nesta recepção, impressionam agradavelmente os olhos o ar de organização e o conforto do ambiente, ao considerar a realidade modesta imediatamente do lado de fora, nos andares desnivelados. Suas paredes também se expressam, não devotadas religiosamente, mas organizacional e artisticamente: no primeiro caso, sobressaem eventos, recomendações, cronogramas, calendários, placas, sinais de uma rigorosa prática administrativa; no segundo, telas em tons dramáticos exibem as mazelas do mundo infantil. Logo após constatá-las fiquei sabendo, pela secretária, que se tratavam de pinturas do próprio diretor, pesquisador-médico, chefe da Unidade. Todas as telas vinculadas à infância, inclusive, aquelas da sala do autor, as quais tive oportunidade de conhecer, conduzida pela atenciosa secretária. Em uma delas, a que mais me chamou a atenção e que se anuncia logo na entrada deste espaço, flagram-se o olhar de fome e o corpo desnutrido de uma criança negra, desfalecida nos braços da sua mãe mimetizada no fundo escuro. Fiquei a pensar sobre os elementos da obra, sua intencionalidade, talvez: traduziriam uma possível “estética da dor” ou serviriam para lembrar, a alguém, em algum momento, uma realidade que se mostra, não muito longe, mas logo através da porta? Talvez ambas as possibilidades se apliquem muito bem.

Mas voltemos novamente às expressões do “sagrado” nesta instituição. As incursões no CPPHO e, especialmente naquela tarde de novembro, também me conduziram a pensar sobre a concepção da infância-objeto que se revela, mas não necessariamente a todos os olhos, no fato de se ter, em um mesmo contexto, formas de tratamento tão diferenciadas às crianças e suas famílias, em especial, mães e avós. Neste andar da “luxuosa” Unidade Metabólica, há algo que torna as crianças e mães mais sujeitos do que nos demais espaços. Todo o tratamento é diferenciado: desde aqueles próprios à práxis médica àqueles habituais, tal qual o acesso a banheiros individualizados e bem cuidados. Inclusive, até os próprios banheiros deste andar são vetados

às mães dos demais setores: mais limpos e organizados, são trancados à chave, de maneira a garantir que somente as primeiras os acessem.

Mas continuemos nas intimidades da Metabólica, até para entender porque apenas neste espaço crianças e mães são mais sujeitos, não exatamente no sentido mais pleno, porém ao menos na garantia de condições minimamente satisfatórias de estadia nesta instituição. Ao desvelar este espaço, a primeira coisa que grita aos olhos, superado o estupor do contraste de realidades, é a questão da ética, ou melhor, da bio-ética, aqueles princípios “sagrados” rapidamente mencionados acima. Mas explico melhor: as boas condições que se apresentam neste espaço são essencialmente fruto de financiamentos de pesquisas, tanto de fontes públicas quanto privadas; pesquisas que, é sempre bom lembrar, para lograr de recursos só podem “ser” absolutamente inquestionáveis do ponto de vista da bio-ética, uma vez aprovadas pelos comitês aos quais certamente foram submetidas. Deste modo, há indícios de que a especificidade do objeto da pesquisa dita a alocação dos recursos em detrimento de outros critérios, inclusive, daqueles mais equânimes ou justos socialmente.

Mas podem se questionar: não se trataria aqui de uma condição passageira, à espera de seus devidos recursos públicos? Não. Não se trata de um estado transitório, no qual se investiu mais prioritariamente em um sub-setor para satisfazer os outros depois, como tradicionalmente ocorre em um planejamento. O tempo não tem demonstrado isto, afinal de contas, uma unidade para atendimento de urgência ou emergência pediátrica seria tão importante, ou mesmo mais importante, do que uma unidade metabólica, especializada no trato gastroenterointestinal e suas pesquisas subseqüentes.

Pode parecer que estas considerações soem com certo escapismo do foco deste estudo, entretanto a questão bio-ética se impõe à análise não como um mero detalhe, mas como um valor presente que marca intensamente esta instituição. Sendo assim, trata-se daquela categoria imprevista que emerge soberana no campo, por isso estes parênteses dedicados a ela. Aqui, portanto, se confirma que a discussão ética das pesquisas em saúde, tomada apenas pelo seu viés principialista, não atende a necessidades concretas, isto é, não garante a efetivação de um senso ético, mesmo porque há o privilégio de alguns princípios em detrimentos de outros. Deste modo, e a participação

enquanto membro de um comitê de ética, nos últimos oito meses, tem me permitido tais constatações: valorizam-se excessivamente, ou melhor, se compreende como satisfatório cumprimento ético o respeito à autonomia dos sujeitos, através do devotado consentimento livre e esclarecido; as garantias da beneficência e da não-maleficência; e, é claro, a fidelidade inabalável das metodologias aos princípios científicos, especialmente, daquelas de abordagem quantitativa, naturalmente, tão enaltecidas nos seus “rigores”, conforme costumam dizer. Em contrapartida, aqueles princípios que se referem à equidade e à justiça padecem subsumidos, pois são muito, digamos, “abstratos” para o pragmatismo que marca estas discussões ou, na pior das hipóteses, são comumente compreendidos como automaticamente dados e inquestionáveis, uma vez que, se garantido os demais princípios dantes referidos, como não embuti-los estes aí? Talvez, seja nesta pior hipótese que residam as razões para se observar certas iniquidades e injustiças nos centros de pesquisa em saúde.

A questão do “objeto”, portanto, coaduna-se com a concepção de “infância-objeto” acima referenciada, assim como se expressa também na seleção dos “objetos patológicos” que merecem os recursos devidos. Isto explica porque, em uma mesma instituição, em um mesmo momento, enquanto uma criança está sob alto risco de morte por parada respiratória simplesmente porque as precárias condições de um mero aparelho de aspiração o fizeram fatalmente inútil, uma outra criança, no andar de cima, impacienta-se porque a sua diarreia não é apenas a sua doença ou a sua complexa enfermidade, mas o “precioso” objeto de investigação, o qual deve ser pesado e analisado, e para o qual os recursos, certamente, não são poucos. Inclusive, para o meu completo estarcimento, disse-me uma das funcionárias desta Unidade, sorrindo categoricamente, enquanto me apresentava as primorosas instalações: “a coisa mais importante daqui é merda!”. Enquanto isto, os demais funcionários, dos demais andares, lamentam suas condições de trabalho, através de expressões desalentadoras do tipo: “o CPPHO é o filho enjeitado do Complexo HUPES”; ou “eu vou te dizer, viu, mas aqui se trabalha meia boca mesmo”; ou em colocações meio ressentidas, do tipo “aqui, a Metabólica é a menina dos olhos”.

Ao percorrer as dependências desta unidade, constatei que a funcionária jocosa estava realmente certa: cresciam aos meus olhos a complexidade tecnológica, uma verdadeira parafernália de sofisticados instrumentos de análises clínicas, no caso, das fezes e, inclusive, laboratórios bem equipados e estruturados, mas, ainda “sem função específica”, como me confessou a interlocutora. Enquanto procuram uma “função específica”, isto também poderia explicar o porquê do PA não possuir estruturas mínimas para a realização de exames complementares, a exemplo de um trivial aparelho de raios-X ou, pensemos nas mães, simples poltronas para um repouso digno.

Por sua vez, a ausência do equipamento de raios-X no PA, assim como outros fatores que extrapolam qualitativamente as condições estruturais, e que, mais tarde serão abordados, é apontada como uma das razões do não atendimento, por exemplo, aos casos de violência física que resultem em fraturas ósseas ou em suspeitas das mesmas, os quais seguem da sala da triagem mesmo para outro destino. Do mesmo modo, os casos de estupro declarados não são atendidos nesta instituição. Neste caso, a mera alegação da precariedade de estrutura se esbarra com questões de outras ordens, conforme discutidas posteriormente. Em contraste às precariedades e as resistências, a efemeridade das provas físicas, necessárias ao exame pericial como provas concretas, esvai-se no tempo, uma vez tendo sido esta a “infeliz escolha” da família da criança vitimizada. Neste caso, encaminham-se para onde a rede acolha, para que se cumpra a dolorosa jornada entre as violências: da sexual à institucional, mas esta é uma análise também para outro momento.

A esta altura, pergunta-se o leitor: onde estão os sujeitos deste estudo? Justa a concessão da resposta, porém complexa de ser satisfeita. Complexa porque múltipla, difusa e, por vezes, ambígua, mas vamos a cada uma destas adjetivações por vez. Múltipla porque se trata de uma instituição povoada por identidades profissionais extremamente diferenciadas entre si, o que se aplica também no Hospital da Criança. Este, inclusive, se configura como um nó crítico do estudo, no sentido de se exigir um esforço analítico para compreensão do que cada identidade, ao menos, a profissional, influenciaria na concepção do objeto deste estudo. Em termos práticos, significa dizer que, embora existam confluências importantes, há especificidades e mesmo divergências entre o quê um assistente social pensa sobre uma criança

vitimada por violência e o quê um médico cogita sobre o mesmo assunto: suas identidades profissionais são completamente distintas. Colocados na mesma envergadura, caberia, portanto, refletir o que é, afinal, um profissional de saúde? Qual identidade uniria identidades tão diferenciadas para se configurar como uma categoria tão evocada como a do “profissional de saúde”? Embora exista uma relativa vastidão de estudos acerca do tema na Saúde Coletiva, possíveis respostas, as quais não caberiam a esta análise, certamente, não seriam tão simples porque conduz a se pensar, por exemplo, no próprio conceito de saúde, tão amplo, polissêmico e extensamente discutido na referida área.

Quanto à difusão da resposta à questão acima, por sua vez, está na amplitude e dispersão dos próprios sujeitos, de modo que eles estão nas ações técnicas do dia-a-dia; estão nas relações com os outros sujeitos do cuidado, com seus pares e com a própria instituição enquanto unidade significada; e ainda estão nas suas próprias demandas, subjetividades e expectativas. No caso específico da participação deste estudo, os sujeitos estão na recusa deliberada ou constrangida, mas também na colaboração despreziosa ou mesmo solidária; estão na compreensão ou à deriva do sentido desta pesquisa; estão na confiança ou na desconfiança em relação à pesquisadora. Os sujeitos estão, portanto, dispersos, em intensidades variadas e pessoais, dentro de ambas as instituições; e, o máximo que se pode revelar neste texto é justamente onde o olhar mais se fixou: nas representações e ações destes sujeitos em relação aos atos de violência cometidos contra crianças e adolescentes, as quais serão alvos analisados nos capítulos que se seguem.

A ambigüidade, esta sim mais palpável em se fixando no nosso objeto, está nas contradições dos discursos e das ações dos sujeitos e em um mesmo sujeito. A ambigüidade está no fato, por exemplo, de se ter profissionais extrema e constantemente incomodados e constrangidos com tamanhas disparidades de atendimento em um mesmo contexto institucional enquanto outros convivem apartados e alienados de tal contradição. A ambigüidade está também em um mesmo profissional que se dispõe desesperadamente a comprar, com recurso próprio, o aspirador que parou de funcionar, na tentativa de salvar a vida da criança, mas fez “despercebidos” os sinais suspeitos de violência no atendimento a uma outra criança, na semana passada. Aqui,

apenas a título de comparabilidade destas duas condições, então postas em um mesmo patamar de gravidade, pontua-se: no último caso, o ato da notificação poderia ser aquele que previne ou que rompe um possível ciclo de violência, algumas vezes, tão fatal para estes sujeitos quanto a famigerada parada respiratória. Mas esta, não necessariamente, é uma concepção hegemônica entre os profissionais nas rotinas desta instituição.

## ROTINAS

Há uma sensação de fragilidade ou de baixa-estima, digamos assim, que marca o cotidiano desta instituição. Ao menos, esta é a sensação passada pela maioria dos interlocutores nesta pesquisa, em suas falas de meio desabafo. Apesar das rotinas diferenciadas em função de realidades tão díspares dentro do CPPHO, pesam certos ares de “casa mal cuidada” ou de “descrença em melhorias”, muito embora algumas reformas já venham acontecendo nos últimos meses. De antemão, e justiça seja feita, cabe ressaltar que a maioria dos profissionais com quem dialoguei aspira melhores condições e se dispõe, de certa forma, a conquistá-las, cada um a seu modo, ou a partir do que lhes cabem.

Assim como feito na descrição acerca das rotinas do HC, aqui, também estarão sob foco as rotinas dos profissionais: aqueles que, em que pesem todas as restrições e dificuldades, fazem a instituição acontecer no dia-a-dia. Mais especificamente, tratam-se dos cotidianos do pronto-atendimento (PA) e da enfermaria geral, espaços privilegiados de observações sistemáticas desta pesquisa. A seleção do PA justificou-se pela sua natureza emergencial e heterogênea, ou seja, as crianças atendidas ali chegam em virtude de uma ampla qualidade de agravos, dentre os quais, aqueles relacionados às violências. A enfermaria geral, conforme já mencionado, fora escolhida pelo fato de se encontrar crianças e acompanhantes em maior tempo de internamento.

No PA e na enfermaria, o tempo, oportunamente referido, é também medido segundo dois critérios na rotina destes profissionais – pela a gravidade das doenças e pelo tipo de relacionamento desenvolvido entre mães e profissionais – e ambos relativizam a dimensão temporal nestes espaços. A

gravidade, conforme dito, orienta o deslocamento de um espaço para o outro: as urgências e condições agudas, de curso rápido, comumente figuram no PA; o agravamento ou os estados crônicos que requerem cuidados específicos encontram na enfermaria pouso mais prolongado. Quanto ao tipo de relacionamento, tanto em um, quanto no outro espaço, os profissionais tendem a considerar maior o tempo de permanência quanto mais difícil for a construção dos vínculos estabelecidos com os acompanhantes, especialmente, mães e avós. Neste sentido, ouve-se falar: “já é mais que na hora desta mãe insuportável voltar pra casa”; ou, o contrário, “era uma pessoa tão atenciosa, tão colaboradora que passou tanto tempo e a gente nem notou”. Esta forma peculiar de mensurar o tempo também é vista nas rotinas do HC.

Um dia típico no PA e na enfermaria é, na realidade, uma sucessão de dinâmicas diferenciadas, cujos picos de intensificação das atividades alternam-se com períodos de relativa calma. Assim como no HC, as manhãs são costumeiramente mais agitadas; e seguem um padrão similar àquela, no qual se observa revezamento de plantonistas; registros exaustivos e sistemáticos das condições das crianças internas; controle de alterações medicamentosas e de procedimentos realizados; e entre estes, o jejum e o asseio dos acamados e seus acompanhantes.

As visitas dos preceptores e estudantes às crianças também se ritualizam no CPPHO diariamente. Via de regra, é grande o número de residentes e internos que circulam as dependências e o entorno dos leitos. Na enfermaria geral, em mais uma tarde de campo, impressionou-me a quantidade de pessoas que cercavam uma criança enquanto no fundo do quarto, sentada em uma cadeira, a mãe soluçava em prantos, confortada apenas por uma outra mãe. Nesta mesma ocasião descobri que se tratava de um quadro bastante grave, quase, irreversível.

Dado o fato de se tratar de um hospital escola, a prática de discussões dos casos é rotineira; e acontece em ambos os espaços. Na enfermaria, há uma sala específica para reuniões com este fim. Aqui também não foi possível acompanhar a intimidade destes encontros pelos mesmos motivos vivenciados no HC. De todo modo, a violência não pareceu ser um foco prioritário, apesar das suas manifestações sutis ou mais evidentes na rotina desta instituição. Neste último caso, conforme brevemente mencionado, evita-se ou mesmo

recusa-se o atendimento de certos tipos de violência, portanto, fica até difícil discutir sobre ela.

Ainda nas manhãs do CPPHO, ocorrem atividades na classe hospitalar, vizinha à unidade metabólica e, diga-se de passagem, bastante simpática em suas acomodações. À semelhança do HC, este é um espaço pedagógico, lúdico e de socialização de crianças e mães. Findas as manhãs de intensas atividades e processos entram as tardes que, por sua vez, tendem à mesma tranqüilidade observada na outra instituição. É comum, por exemplo, encontrar mães e crianças diante da televisão, em uma saleta bem mal acomodada da enfermaria, ou mesmo alguns profissionais em atividades outras que não as assistenciais, nos ares amenos das tardes.

Pouco tranqüilas, entretanto, são as rotinas das assistentes sociais do CPPHO. Tanto as manhãs, quanto as tardes destas profissionais tendem a ser atribuladas de providências a dar frente a tantas demandas e carências do público em atendimento nesta instituição. Frequentemente tive oportunidade de encontrar, na sala da coordenação do serviço social, mães, especialmente, aquelas mais pobres e desorientadas e aquelas que não têm com quem dividir as jornadas de acompanhamento dos seus filhos, a rogar por suportes, das mais diversas naturezas, às assistentes. Além dos encaminhamentos e providências, este foi o espaço onde mais vi manifestações de cuidado e atenção com estas mães.

À semelhança do HC, nem só de semanas típicas vive o CPPHO. Há aquelas datas comemorativas que também recebem uma atenção especial por parte da instituição. Sendo assim, vi e partilhei das semanas das mães, da páscoa, junina, das crianças, etc. A propósito, foi justamente na semana da criança que me foi possível formular uma síntese sobre do que poderia ser a rotina do CPPHO: uma negociação permanente entre as fragilidades de estrutura e de recursos materiais e o empenho daqueles que as suplantam improvisadamente em seus processos de trabalho. Entremeados a esta desafiante e, por vezes, exaustiva negociação, suspiros de alguma satisfação, a exemplo, daqueles flagrados nos profissionais, nas mães e crianças a comemorar, em uma festa caprichada e colorida, uma calorosa semana de doze de outubro.



## CAPÍTULO II: REPRESENTAÇÕES DOS MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

### 2.1 CONCEITUAÇÕES DOS MAUS-TRATOS: “O QUE SÃO OS MAUS-TRATOS?”

A análise das representações dos profissionais de saúde acerca dos maus-tratos contra crianças e adolescentes envolve prévia e necessariamente a compreensão de outras representações relacionadas direta e indiretamente a estas, sejam aquelas de infância e de adolescência, de família, de sociedade e mesmo de Estado. Tais representações, agregadas ou sobrepostas, marcam o discurso destes sujeitos com intensidades variadas. Portanto, admiti-se aqui que o conhecimento partilhado por estes profissionais acerca dos maus-tratos perpassa necessariamente as representações construídas sobre as dimensões acima especificadas, embora a análise detalhada das mesmas não seja foco específico deste estudo.

No que tange à infância e à adolescência, as representações dos maus-tratos vinculam-se à forma de entendimento revelada pelos interlocutores acerca daquelas construções. Conseqüentemente, tal entendimento orienta os padrões relacionais vivenciados com a “criança” e com o “adolescente”, nos mais diferentes espaços sociais. Freitas e Kuhlmann Jr. (2002, p. 7) reforçam tal pressuposto, salientando que a infância pode ser compreendida como “a concepção que os adultos fazem sobre o período inicial da vida, ou como o próprio período vivido pela criança, o sujeito real que vive esta fase da vida”. A adolescência, por sua vez, submete-se à mesma lógica desta, isto é, advém das representações de sujeitos situados fora da condição sobre a qual se reporta.

Em contraposição a tal tendência, a literatura relacionada à emergência de “uma sociologia da infância”, tanto de língua inglesa, quanto de língua francesa, exhibe pontos consensuais, dentre os quais a consideração das crianças, e aqui se estende aos adolescentes, como “atores sociais em sentido pleno e não simplesmente como seres em devir” (SIROTA, 2001, p. 19). Esta mesma autora acrescenta: “as crianças são, ao mesmo tempo, produtos e atores dos processos sociais; trata-se de inverter, não de discutir sobre o que

produzem a escola, a família ou o Estado, mas de indagar sobre o que a criança cria na intersecção de suas instâncias de socialização” (idem).

Nas instâncias de socialização focadas nesta pesquisa – instituições pediátricas e/ou hebiátricas – tais dimensões de infância e de adolescência não predominaram nos discursos dos profissionais. Embora não tenham sido contempladas questões diretas sobre os significados destes construtos, as falas pouco referiram elementos que apontariam para concepções de infância e de adolescência próximas à descrita acima; ou mesmo, pouco se ouviu falar explicitamente de crianças e adolescentes enquanto sujeitos plenos. Conforme descrito posteriormente, oscilações e ambigüidades marcaram as concepções de infância e adolescência, as quais se destacam aqui aquelas que sugerem domínio e submissão, entremeados com sentimentos de cuidado e/ou de proteção.

Ao aproximar-me da análise do objeto deste estudo – as representações que os profissionais de saúde possuem sobre os maus-tratos contra crianças e adolescentes, e conseqüentemente, as suas ações frente ao problema – constatei que, no fundo, a análise recaia sobre as representações que tais sujeitos, imersos em contextos sócio-culturais dos mais amplos aos mais específicos, no caso da biomedicina, possuíam sobre crianças e adolescentes em circunstâncias de maus-tratos e/ou violências. Portanto, por mais que se tivessem focadas as representações sobre a violência ou sobre os maus-tratos enquanto objeto específico, intrínseca e prioritariamente, esteve-se falando dos sujeitos envolvidos nestes fenômenos, no caso, das crianças e dos adolescentes, através dos seus “porta-vozes legítimos”.

Do ponto de vista teórico-metodológico, a perspectiva aqui apresentada por Sirota (2001) vem a confirmar a complexidade do objeto “infância” e “adolescência”, cuja compressão demandaria esforços que não se vislumbram, nem se pretendem nesta análise, mas que se impõe como balizador das análises. Esboça-se até aqui apenas uma tentativa de reconhecê-las, infância e adolescência, não somente através de mais um “dispositivo institucional”, no caso, dos serviços de saúde; e reconhecê-los, crianças e adolescentes, como sujeitos de direito, assim evidenciados ou não nos discursos. Por hora, pontuam-se apenas alguns aspectos da historicidade que ambos os construtos

possuem e a relação desta com a forma de se conceber os maus-tratos contra estes sujeitos.

Tais concepções de maus-tratos agregam valores e noções que encontram precedentes no processo histórico relacionado às próprias representações da infância e da adolescência desde as sociedades tradicionais que, como retrata Ariès (1981 p. 10), “via mal a criança, e pior ainda o adolescente”, às concepções pós-modernas que, como defende Frota (2007 – p. 144), abrem “espaço para a multiplicidade e a parcialidade das representações destas faixas etárias”.

Em relação a certos aspectos históricos, Del Priore (2006 – p.8) suscita algumas questões provocativas, tais como: “o lugar da criança na sociedade brasileira terá sido sempre o mesmo?”. “Numa sociedade desigual e marcada por transformações culturais, teremos recepcionado, ao longo do tempo, nossas crianças da mesma forma?”. “O que diferencia as crianças de hoje, daquelas que as antecederam no passado.” E “como terá ela passado do anonimato para a condição de cidadão com direitos e deveres aparentemente reconhecidos?”. Esta última questão conduz o olhar necessariamente à perspectiva histórica ou, conforme as palavras da autora, ao “saudável exercício de olhar para trás”, em busca de se compreender o referido anonimato, e suas relações com a infância e a adolescência na contemporaneidade; bem como problematizar a suposta condição cidadã a partir dos contextos analisados neste estudo.

Sobre a perspectiva histórica da infância, as famigeradas teses de Phillip Ariès (1984 – p. 156) demonstravam que na sociedade medieval, tomada como ponto de partida, “o sentimento da infância não existia – o que não quer dizer que as crianças fossem negligenciadas, abandonadas ou desprezadas. O sentimento da infância não significa o mesmo que afeição pelas crianças: corresponde à consciência da particularidade infantil, essa particularidade que distingue essencialmente a criança do adulto, mesmo jovem. Essa consciência não existia”.

Em relação à adolescência, Frota (2007 – p. 152) refere-se também a Ariès para pontuar que “somente após a implantação do sentimento de infância, no século XIX, tornou-se possível a emergência da adolescência como uma fase com características peculiares e únicas, distintas dos outros

momentos desenvolvimentais”. Entretanto, a autora, bem como outros estudiosos da área, discorda de tal pressuposto, argumentando que, a partir de pesquisas recentes, é possível identificar que “o que hoje denominamos de infância e de adolescência, enquanto idades cronológicas, sempre existiram”.

Neste sentido, Kuhlmann Jr. (2005), na resenha feita à recente publicação do historiador Heywood (2004), intitulada “Uma história da infância”, destaca que o autor identifica diferentes concepções sobre a infância em diferentes tempos e lugares. Não há homogeneidade, conforme defende Frota (2007 – p.152), entre as histórias ou mesmo sequer entre as terminologias definidoras do tempo, e, sendo assim, “não seria possível enquadrar as coordenadas de diversas histórias social e cultural da adolescência do mesmo modo”. A seguir, sintetizam-se as perspectivas históricas acerca da infância, as quais podem ser estendidas também à adolescência:

A história da infância move-se por “linhas sinuosas”, de modo que a criança pode ter sido considerada impura no início do século XX, como o fora na Alta Idade Média. Se há uma mudança de longo prazo em que a progressiva aceitação da necessidade de uma educação escolar prolonga a infância e a adolescência, se há um interesse crescente e uma imagem cada vez mais positiva da infância, os debates assumem uma forma cíclica e não linear. A ambigüidade, nos diferentes momentos, polariza a criança entre a impureza e a inocência, entre as características inatas e as adquiridas, entre a independência e a dependência, entre meninos e meninas. (KULHMANN, Jr., 2005, p. 239).

As teses mais recentes a respeito da história da infância e da adolescência favorecem, portanto, novas perspectivas de análise, sobretudo quando se referem ao caráter “cíclico e não linear das mesmas”, as quais se coadunam com a discussão contemporânea acerca das possíveis concepções vigentes. Na contemporaneidade, inclusive, há quem defenda uma tendência mais radical, apontando o fenômeno do desaparecimento da infância e da adolescência. Postman (2005), crítico social e professor titular da Universidade de Nova York, analisa tal fenômeno a partir da introdução prematura da criança e do adolescente às especificidades do universo adulto, a exemplo da permissividade aos trabalhos de natureza erotizada, como a adesão precoce às carreiras de modelo; da acessibilidade aos meios de entretenimento

próprios do adulto; da redução da maioria penal, inclusive, já efetivada em alguns estados norte-americanos, e em discussão no Brasil, entre outros.

Neste estudo, e principalmente por contemplar contextos de violência, as ambigüidades, às quais se referem Kulhmann, Jr. (2005), tornam-se ainda mais expressivas nas concepções da infância e da adolescência. Deste modo, crianças e adolescentes são inscritos ou destituídos de tais condições em função das posições que podem ocupar na relação com os adultos ou com seus pares. Assim, na condição de vítimas, o teor dos discursos exprime o absoluto reconhecimento da sua condição de fato e de direito. Todavia e contraditoriamente, ao assumirem a autoria de atos violentos ou representarem potencial para tanto, ou mesmo ao serem usuários de drogas lícitas ou ilícitas, tendem a sumir das falas inflamadas, às vezes, penalizadas, os atributos e as primazias comumente dispensados à infância e à adolescência.

[...] Ele não foi abusado sexualmente. Só o pênis dele que era um pouco maior para a idade dele. Ele se masturbava, tinha o vício de se masturbar e de sexo oral que ele fazia. [...] Mas não ficou uma coisa provada. A gente não tem como provar. Só ficou assim: ele saiu com um diagnóstico suspeito porque teve uma reunião de psicólogos e psiquiatras que vieram e disseram pra gente que ele estava desenvolvendo um distúrbio de maníaco sexual. E que pelo grau de vício que ele estava e aliciado para estas coisas, ele poderia vir a ser futuramente ou até de matar para se satisfazer. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 2).

Uma das grandes dificuldades da rede de atenção é a questão do atendimento ao adolescente usuário de psicoativos. (MÉDICA, REUNIÃO DO GT – CRIAAD, SSA, AGOSTO DE 2008).

De volta a questões históricas, Frota (2007, p. 155) defende que a elaboração de conclusões acerca da concepção atual da infância e da adolescência mostra-se como “uma tarefa impossível de ser levada a cabo”. Acrescenta ainda a autora que “a compreensão da impossibilidade de se tomarem as grandes narrativas como verdades cristalizadas, a certeza da multiplicidade de vivências e de seus significados que se ancoram nas também múltiplas historicidades e, a aceitação da parcialidade das verdades, são elementos que não podem ser deixados de lado” (FROTA, 2007, p. 155). Neste ponto, e já antecipando brevemente análises deste estudo, ao se defender a

confluência das representações dos maus-tratos com aquelas da infância e da adolescência, toma-se a referida colocação de Frota (2007) para afirmar que conclusões estanques acerca da concepção atual de maus-tratos contra estes sujeitos revelaram-se também como “uma tarefa impossível de ser levada a cabo”. Deste modo, as certezas mais se aproximam da “multiplicidade de vivências e de seus significados” do que das visões consensuais e totalizadoras acerca dos maus-tratos ou da violência contra crianças e adolescentes.

Neste sentido, Castells (1999) contrasta questões históricas referentes às concepções da infância e da adolescência, tomando a contemporaneidade como contraponto; e introduz oportunamente a violência contra estes sujeitos como permanente componente histórico, ao revelar que “as crianças têm sido continuamente vitimadas ao longo da história, não raro pelas próprias famílias; que vêm sendo submetidas a maus-tratos físicos, psicológicos e sexuais pelas mais diversas fontes de poder” (CASTELLS, 1999, p. 188). Apesar de identificar pontos de semelhança em diferentes contextos históricos no que tange à infância e à adolescência, o autor defende que há novas formas de violências e violações cometidas contra estes sujeitos e suas famílias ou, se não novas, recorrentes manifestações violentas. Além do mais, estas são potencializadas pelas fragilidades que marcam os Estados e suas instituições, na denominada de “Era Informacional”, conforme expressam as suas próprias considerações:

[...] Ao meu ver, existe algo diferente nestes tempos que marcam o início da Era da Informação: há uma relação sistêmica entre as características atuais, ainda não submetida à análise, do capitalismo informacional e a destruição de vidas em um grande segmento da população infantil do mundo. A diferença reside no fato de que temos testemunhado um enorme retrocesso em relação às conquistas. [...] O novo está no turismo global, de massa, organizado em torno da pedofilia. O novo está na pornografia infantil eletrônica na rede, no mundo todo. O novo está na desintegração do patriarcalismo, sem que haja sua substituição por um sistema de proteção às crianças, proporcionado por novos modelos de família ou pelo Estado. E o novo está na fragilização das instituições de defesa dos direitos da criança, tais como sindicatos trabalhistas ou políticas de reforma social, atualmente substituídos por simples admoestações morais voltadas à exaltação dos valores familiares que, não raro, culpam as próprias vítimas pela sua

destituição. No cerne da exploração infantil encontram-se os mecanismos geradores de pobreza e exclusão social em todo o mundo, desde a África aos Estados Unidos da América. Com as crianças na pobreza e com países e regiões inteiras excluídas dos mais importantes circuitos de riqueza, poder e informação, a derrocada das estruturas familiares rompe a última barreira de defesa das crianças. (CASTELLS, 1999, p.188-9).

No Brasil, procedem tais fragilidades e perdas, de modo que as crianças e adolescentes têm sua história marcada pelos maus-tratos e outras formas de violências. Mais peculiarmente, as concepções mais progressivas sobre estes sujeitos tardaram em se estabelecer no país. Conforme pontua Del Priore (2006), o desenvolvimento histórico da infância e da adolescência brasileiras detém especificidades muito particulares, a exemplo do atraso da difusão da vida privada e da escolarização, da injusta distribuição da riqueza e do escravismo secular, ainda escamoteado nas atuais relações de exploração do trabalho infanto-juvenil, sobretudo, nas zonas rurais e no nordeste do país. A autora sintetiza:

Para começar, a história sobre a criança feita no Brasil, assim como no resto do mundo, vem mostrando que existe uma enorme distância entre o mundo infantil descrito pelas organizações internacionais, pelas não governamentais e pelas autoridades, daquele no qual a criança encontra-se cotidianamente imersa. O mundo que “a criança deveria ser” ou “ter” é diferente daquele onde ela vive, ou no mais das vezes, sobrevive. O primeiro é feito de expressões como “a criança precisa”; “ela deve”, “seria oportuno que”, “vamos nos engajar em que”, até o irônico “vamos torcer para”. No segundo, as crianças são enfaticamente orientadas para o trabalho, para o ensino, para o adestramento físico e moral, sobrando-lhes pouco tempo para a imagem que normalmente a ela está associada: do riso e da brincadeira. No primeiro, habita a imagem ideal da criança feliz, carregando todos os artefatos possíveis de identificá-la numa sociedade de consumo: brinquedos eletrônicos e passagem para a Disneylândia. No segundo, o real, vemos acumularem-se informações sobre a barbárie constantemente perpetrada contra a criança, barbárie esta materializada nos números sobre o trabalho infantil, sobre a exploração sexual de crianças de ambos os sexos, no uso imundo que o tráfico de drogas faz dos menores carentes, entre outros. (DEL PRIORE, 2006, p. 8-9).

A partir da afirmação da autora, dois deslocamentos podem ser feitos. Primeiro, as condições da infância aplicam-se também àquelas que permeiam

a adolescência. Quanto a esta, Frota (2007, p. 153) aponta a situação de grande vulnerabilidade social, na qual se encontram os adolescentes das sociedades de consumo e de tendências neoliberalizantes, como a nossa. O segundo deslocamento implica reflexões importantes acerca do Estatuto da Criança e do Adolescente, ao referir que “existe uma enorme distância entre o mundo infantil”, e, acrescenta-se aqui, o mundo juvenil, do mundo descrito pelas autoridades.

Em relação ao Eca (BRASIL, 1990), é ainda Frota (2007, p. 148) quem defende que, com a sua aprovação, abole-se o termo “menor” e passa-se a definir todas as crianças e adolescentes como sujeitos de direito, “com necessidades específicas, decorrentes de seu desenvolvimento peculiar, e que, por conta disso deveriam receber uma política de atenção integral a seus direitos construídos social e historicamente”.

Apesar da sua importância, destaca-se a significativa morosidade com a qual o Estatuto é promulgado, isto é, apenas na última década do século XX. Conforme revisa Nepomuceno (2002, p. 141), “não se registra no Brasil, até o século XIX, qualquer intervenção estatal em termos de políticas de atendimento à criança e ao adolescente”. Esta autora pontua que, “neste período, as iniciativas deste campo estavam ligadas à Igreja Católica ou a outras entidades de caráter privado” (idem). Como um parêntese neste ponto, cabe ressaltar as confluências permanentes entre a religiosidade e a abordagem sobre a violência no contexto de um dos serviços de saúde investigado:

[...] Vencemos uma outra barreira que foi importante também: de não julgar ninguém; a não julgar, mesmo que você perceba que aquele acompanhante é o abusador, é a pessoa que maltratou aquela criança. É aprender a não julgar, isto foi uma metodologia difícil de você trabalhar durante anos. [...] Esta entidade em que nós estamos e que aplicamos esta metodologia tem tudo a ver, é uma entidade religiosa. Então, não julgue. Então, vai muito também do peso da entidade, as Obras Sociais me ajudou bastante. (MÉDICA 2).

Os registros históricos nos lembram que durante quase todo o último século, até o advento da Lei no 8.069/1990, vigorou a Doutrina do Direito do Menor e a Doutrina da Situação Irregular, as quais norteavam “a intervenção do Estado quando o menino e a menina estivessem em uma situação tida como

irregular, isto é, fora dos padrões da sociedade vigente” (NEPOMUCENO, 2002, p. 140). A efetivação destas doutrinas, de caráter repressivo e punitivo, aplicava-se, evidentemente, às crianças e aos adolescentes pobres e negros em sua maioria; e, a despeito da morosa aprovação do Estatuto, ainda se fazem reflexas no tratamento dispensado a estes sujeitos (ROSA E TASSARA, 2003).

A referida morosidade de aprovação do Eca (BRASIL, 1990) e a longa permanência de tais doutrinas tornaram-se também reflexas nas raras ou nas distorcidas menções feitas ao Estatuto pelos profissionais consultados neste estudo, em detrimento de outros referenciais, a exemplo daqueles religiosos, conforme ilustrado anteriormente na fala. Deste modo, embora os discursos dos interlocutores expressassem um teor de repúdio às violações dos direitos das crianças e dos adolescentes, aqui relacionadas especificamente aos eventos de maus-tratos ou de violências, o Estatuto muito raramente foi tomado como referência superior à intervenção sobre a problemática.

A leitura contrária de tal fenômeno também seria possível, ou seja, a escassa recorrência ao Estatuto ou ainda a utilização corrente e acrítica do termo “menor” expressam a lenta incorporação do princípio doutrinário que inspirou o Eca (BRASIL, 1990), qual seja da Doutrina da Proteção Integral. Além disto, e em última instância, sugerem que as concepções sustentadas pelo Estatuto, no caso, a visão das crianças e adolescentes como cidadãos ou cidadãos completos (NEPOMUCENO, 2002, p. 145), ainda não se fizeram efetivar na prática. Deste modo, a ausência ou permanência de determinados significantes na comunicação indicam o grau de adesão aos paradigmas emergentes. Os relatos, a seguir, ilustram tais considerações:

[...] No curso de capacitação que a gente deu no Hospital, chamou muito nossa atenção, o Eca ser ainda uma grande novidade para os profissionais de saúde. (PSICÓLOGA, REUNIÃO DO GT – CRIAAD, SSA, SETEMBRO DE 2008).

O Eca é maravilhoso, mas, eu vou te contar, viu?! Tem umas coisas muito ruins! (ASSISTENTE SOCIAL 3).

[...] Você lembra como é o nome daquela instituição? [...] É uma instituição do governo que dá apoio à criança com este tipo de problema. [...] É como se fosse um abrigo, só que ele ia

ser encaminhado pra casa de menor, né? Menor infrator depois, né? Eu acho, não me lembro direito agora. Não é como se fosse a Derca, como é o nome, meu Deus?! Alguma coisa de proteção ao menor, junto com o Conselho Tutelar. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 1).

Sobre a referida doutrina da Proteção Integral, esta baseou-se nos postulados da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, promulgada pela Organização das Nações Unidas (ONU). Tal doutrina foi incorporada à Constituição Federal de 1988 e, posteriormente ao Estatuto da Criança e do Adolescente, e conforme analisa Nepomuceno (2002), apresenta três pontos fundamentais. Além do reconhecimento da condição cidadã, na qual se aplicam os mesmos direitos que os adultos e ainda, alguns outros, referentes às peculiaridades dessa fase de desenvolvimento, pontuam-se a necessária integralidade da atenção a ser dispensada às crianças e aos adolescentes, bem como a extensão da responsabilidade sobre a garantia dos seus direitos ao Estado e à sociedade como todo, não sendo esta apenas uma atribuição da família (NEPOMUCENO, 2002, p. 145).

De volta às representações, a parcialidade e a multiplicidade acerca das concepções da infância e adolescência aqui fundamentadas se refletem nas falas dos profissionais de saúde, as quais revelam pontos de valorização da infância e da adolescência, bem como do reconhecimento da sua condição cidadã, no sentido de direitos e deveres. Entretanto, a outra face da desvalorização e do distanciamento de tal condição se evidencia nos recuos do Estado em se priorizar as crianças e os adolescentes, na falta de políticas públicas dirigidas a estes sujeitos e suas famílias, bem como na morosidade de implementação daquelas já existentes, conforme pontuam algumas falas:

[...] Isso sem falar na demora da aplicação das políticas que já existem. Porque ainda falta tratar as nossas crianças e adolescentes como prioridade governamental. Prioridade esta que, por exemplo, tem que garantir orçamento anual para que se efetivem estas políticas, para que se faça valer seus direitos. (REPRESENTANTE; SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO – SEDES, REUNIÃO DO GT – CRIAAD, SSA, OUTUBRO DE 2008).

[...] A gente sente falta de políticas públicas que visem atender e fortalecer os vínculos familiares. (PSICÓLOGA, REUNIÃO DO GT – CRIAAD, SSA, SETEMBRO DE 2008).

No que tange a assistência e a atenção à saúde, chama a atenção o fato das crianças e dos adolescentes ainda serem vistos como aqueles sobre quem se “cuida” ou se “trata”, ou mesmo “se bem trata” ou “se mal trata”. Distante das concepções mais progressistas, raramente, eles são vistos como sujeitos com quem se constrói relações ou referenciais de cuidado; ou para quem se viabiliza condições concretas de cidadania, em seus mais diversos sentidos e significados.

Eu acho assim, não sei se pela profissão, porque eu também sou professora e, em escolinha, a gente vê maus-tratos. Então, maus-tratos, é o que eu digo, não é só a gente pegar e bater. [...] A criança ia pra escola de qualquer jeito, com a roupa mal lavada, um sapato sujo, se tiver comida teve, se não deu tempo de fazer mandava a criança pedir a alimentação na escola. [...] Eu acho tudo isso aí maus-tratos. Não é só bater, espancar. Eu acho que o desleixo, a falta de amor porque ser pobre não é vergonha. A gente tem que ensinar que tem que dá um trato na criança. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 1).

O sentido do cuidado em saúde, aqui problematizado, refere-se ao fato da grande maioria das crianças e adolescentes, nos contextos de assistência pesquisados, ali não entrar em conseqüência direta dos eventos de “maus-tratos”, reconhecidos como atos violentos ou como violações dos seus amplos direitos, mas sim por necessidades de assistência e de atenção, e estas, por si só, oportunizariam experiências do cuidado em saúde, as quais, como dito por Ayres (2004), só se constroem em relação, na interação com o outro, o sujeito da saúde. Tais necessidades são suscitadas por agravos das mais diversas naturezas, cujos maus-tratos seriam entendidos como mais um deles; ou como uma condição expressa indiretamente, nas palavras ou nos sinais corporais; ou até como a reprodução de comportamentos domésticos desta natureza, dentro dos espaços institucionais em questão.

Chegamos à conclusão que quase 13% a 14% das internações eram conseqüências diretas ou indiretas dos maus-tratos. Então, a partir daí, nos próximos anos começamos a aprimorar

este trabalho de atenção às vítimas de maus-tratos, que nada mais é do que colocar na cabeça do profissional médico ou do profissional da área de saúde de maneira geral que os maus-tratos existem, que os sinais de alerta estão aí e que alerta você deve ficar pra investigar (MÉDICA 2).

Aqui, não há uma demanda significativa de casos de violência atendidos no pronto-atendimento. O que temos aqui são muitas demandas de ordem clínica que, no transcorrer da anamnese, acabamos descobrindo, de forma indireta, algumas situações de maus-tratos que a criança sofre. (MÉDICO 3).

Neste ponto, cabe ressaltar que está se falando a partir de uma perspectiva de garantia de um dos direitos básicos, no caso da saúde, através das ações que a promovam, e não necessária e exclusivamente das medidas específicas de proteção, imprescindíveis na orientação das condutas frente às violações dos direitos da criança e do adolescente. Entretanto, percebe-se nas falas e nas atitudes que estas duas dimensões se confundem e, ao se confundir, revelam involuntariamente que as necessidades básicas para o pleno desenvolvimento físico, mental e afetivo, tais como saúde, educação, lazer, entre outras, convivem, possivelmente nas mesmas proporções, com as necessidades de proteção destes sujeitos contra as violências que lhes atingem.

Eu acho de suma importância o papel do médico, não só do pediatra, porque ele cuida da saúde da criança e o fato de bem tratar da criança faz parte do desenvolvimento físico e psicológico; da integridade física da criança, e a necessidade de se proteger. E eu acho que pra gente, se a gente notar qualquer coisa, é bom alertar a alguém, a algum órgão competente, né? (RESIDENTE DE MEDICINA 1).

O sentido da proteção contestada aqui perpassa necessariamente condições prévias de ameaça ou de dominação, conforme sustentam Muniz e Proença Jr. (2008). Estes autores fundamentam tal pressuposto quando refletem sobre o significado da proteção no universo da segurança pública, o qual pode ser deslocado para o contexto das relações interpessoais sob foco:

Proteger não é prover segurança. A base de seu funcionamento é a ameaça concreta e constante. Conduz à sujeição dos indivíduos ao abandono das garantias individuais

e coletivas. A lógica da proteção, incapaz de promover a segurança coletiva, introduz o medo como conselheiro, a violência como cotidiano e o terror como horizonte. A Proteção só protege quem [...] a ela se subordina. Ameaça a todos porque atua contra quem possa, de acordo com apetites de poder e interesses de ocasião, ser considerado “inimigo”, “perigoso”, ou “indesejável”. (MUNIZ E PROENÇA, 2008).

Desloca-se aqui tal reflexão para o contexto particular da infância e da adolescência, no qual a necessidade de proteção, legitimada pelo Estatuto, justifica-se pela “base do seu funcionamento”, isto é, pela “ameaça concreta e constante”. Justifica-se também a partir do momento em que não se concebem crianças e adolescentes como sujeitos plenos, mas como objetos passíveis de tratamento, dos bons tratos, dos maus-tratos. A peculiaridade que marca tal necessidade de proteção das crianças e dos adolescentes, além daquela situada no plano mais amplo da segurança pública, e criticada pelos autores, está no fato de se expressar intensa e rotineiramente no espaço das suas vidas privadas, sobretudo, no âmbito das relações familiares.

O sentido das medidas de proteção se torna ainda mais complexo e ambíguo nos casos das crianças e dos adolescentes usuários de drogas ilícitas, considerados como o “nó da rede de proteção”, conforme expressam alguns representantes vinculados aos abrigos do município.

Na grande maioria, os abrigos ainda funcionam como abrigos tradicionais, grandes alojamentos que a criança é colocada no abrigo; e, hoje, depois do “Parâmetro”, eles vêm tentando se ajustar a nova realidade, né? E o que determina o Estatuto é que esses abrigos fossem constituídos em forma de casas-lares, né? Hoje nós já temos abrigos em forma de casas-lares, que já se adequaram a esta realidade. [...] Agora, o grande nó hoje, que a gente identifica, independente das condições de ajustamento dos abrigos, é a questão dos adolescentes usuários de psicoativos. Neste caso, não se sabe direito o que fazer com eles. Se abrigar, tem os riscos por conta deste abrigamento; mas, ao mesmo tempo, como não abrigar um adolescente que necessita deste tipo de assistência? (REPRESENTANTE DA SEDES, REUNIÃO DO GT – CRIAAD, SSA, OUTUBRO, 2008).

A complexidade e ambigüidades referidas residem no fato desta medida de proteção ser premente e necessária à criança e ao adolescente em situação de abandono ou de grave vulnerabilidade social, entretanto, ao fazê-lo,

aumentam-se os riscos dos demais sujeitos, sob as mesmas condições de abrigo, a violências e crimes engendrados pelas relações tortuosas do poder público e do tráfico de drogas.

Nos casos das enfermarias e dos ambulatórios, ameaças e proteção se entrelaçam e se expressam, assim amalgamadas, tanto nas relações entre pais e filhos, quanto entre profissionais e pais. Sobre este último caso, específico para a análise deste estudo, parte significativa dos interlocutores referiram-se a situações concretas de ameaças vivenciadas ou presenciadas, praticada pelos pais das crianças e dos adolescentes sobre internação, quando medidas de proteção foram cogitadas, especialmente, aquelas relacionadas às ações de notificação.

Já teve caso de uma colega que foi ameaçada pela mãe de uma criança que ficou internada aqui e que sofria abuso por parte dela. Foi um caso que me marcou porque foi ameaça séria, inclusive, ameaça de morte. Tanto que essa colega teve que ficar afastada um tempo daqui do serviço (ASSISTENTE SOCIAL 2).

Se tem mãe que ameaça aqui!? Se tem. Já vi caso de se precisar segurar mãe aqui dentro pra não agredir enfermeira por causa das queixas de comportamento que elas fazem com as mães que batem, que xingam as crianças aqui dentro da enfermaria mesmo. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 4).

As considerações tecidas até aqui buscaram situar minimamente um pano de fundo para as representações que os profissionais de saúde possuem acerca dos maus-tratos contra a criança e o adolescente, reconhecendo que as mesmas se sustentam por bases históricas, sociais e culturais, conforme pontua Spink (2003) acerca das representações. O conceito defendido por esta autora coaduna-se com a perspectiva de representação seguida nesta análise:

Conceituadas como conhecimentos práticos constituídos a partir das relações sociais, e, simultaneamente ser o quadro de referência que permite dar sentido ao mundo e as ferramentas que instrumentalizam a comunicação. Tratando-se de conhecimentos socialmente construídos, suas raízes extrapolam o presente; são inevitavelmente a expressão de uma ordem social constituída, mas também resíduos arqueológicos de saberes e crenças passadas que ficaram impregnadas no imaginário social pela ação intemporal dos artefatos culturais que cultuamos e transformamos em

monumentos. Uma teoria que seduz por ser simultaneamente psicossocial, antropológica e histórica.” (SPINK, 2003, p. 13).

Assim colocado, buscou-se aqui se aproximar de perspectivas históricas e sócio-antropológicas no entendimento das representações de infância e de adolescência, nas quais se evidenciam as concepções dos maus-tratos dirigidos às crianças e aos adolescentes. De modo mais específico, observou-se que os sujeitos da pesquisa expressaram concepções bastante diferenciadas acerca dos maus-tratos dirigidos à criança e ao adolescente, as quais podem ser agrupadas em três principais subcategorias, a saber: I. maus-tratos como excesso de “correção disciplinar”; II. maus-tratos como “omissão” ou “carências”; III. maus-tratos como atos de violência. Tal categorização é um recurso analítico, pois os sujeitos da pesquisa geralmente superpõem aspectos das visões diferenciadas sobre os maus-tratos. Assim é possível observar nos discursos continuidades e rupturas com diferentes concepções acerca do problema.

#### 2.1.1 MAUS-TRATOS COMO EXCESSO DE “CORREÇÃO DISCIPLINAR”

A concepção que caracteriza os maus-tratos como “excesso de correção disciplinar” pauta-se na compreensão e na legitimação dos maus-tratos como uso excessivo do poder dos pais no processo educativo dos seus filhos. Percebe-se que tal visão apenas se sustenta ao relacionar o ato disciplinador de cunho repressivo ou mesmo ostensivo ao ato de educar as crianças e os adolescentes.

Neste grupo, reconhece-se ainda que o uso da força punitiva, justificada em nome de um processo disciplinador, tem um limite. Ou seja, estas visões partilham a noção de que deve haver um limiar “tolerável” do uso da força. Portanto, nesta concepção, os maus-tratos advêm do uso da força de forma extrapolada; ou além do subjetivo limiar tolerável.

Todo mundo tem uma maneira de maltratar uma criança, dando um tapa, agredindo verbalmente, ou até, digo assim, deixar com fome. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 5).

Às vezes, a mãe acha que está educando, e ela mesma não percebe o quanto de violência ela está usando. (FISIOTERAPEUTA 1).

Então, maus-tratos é o que eu digo, não é só a gente pegar e bater. [...] Eu acho que o desleixo, a falta de amor [...] A gente tem que ensinar que tem que dá um trato na criança. Aí eu acho que isso tudo é maus-tratos além do espancamento. Agora aqui a sociedade só considera maus-tratos, maus-tratos mesmo, quando se tem espancamento, xingamento. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 2).

No contexto específico dos serviços de saúde, tanto em enfermarias, quanto em ambulatórios, esta concepção de maus-tratos é marcada pelas condições adversas e estressoras nas quais acompanhantes, na sua maioria, mães e avós, encontram-se por períodos relativamente prolongados de estadia nas instituições.

Ocorre com muita frequência da gente vê as mães batendo ou agredindo verbalmente as crianças internas aqui no pronto-atendimento. Mas é muito daquela situação que a mãe já está cansada por causa das condições extremamente estressantes e incômodas do lugar. Às vezes ficam sentadas mais de 24 horas porque só tem cadeira para acompanhante nos leitos de internação. Ai a gente vê acontecer, não aceita, mas entende. (MÉDICO 3).

Tem algumas, algumas que não tem paciência, porque a criança quando vai ficar internada o comportamento muda. Adulto muda, ainda mais criança porque muda toda uma rotina. Então quem sofre mais não são nem as crianças, são as mães. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 3).

Os relatos acima sugerem que as condições adversas dentro dos estabelecimentos de saúde explicariam ou, talvez, justificariam, sob a ótica dos profissionais, os excessos cometidos pelas mães contra seus filhos sob internação. Embora as falas ressalvem tal adversidade, não problematizam se se trata de uma exacerbação pontual, motivada pelo referido contexto, ou se se refere à reprodução de comportamentos abusivos correntes no espaço doméstico.

No caso, a mãe, aqui dentro, ela se estressa muito mais do que a própria criança que está com ela. Aí o que acontece, isso é uma frequência que acontece com a gente é assim: da gente chegar e as crianças pedirem pra gente animar a mãe. [...] Há mães que ficam muito tempo mesmo no Hospital. [...] E o maltrato dela? Você viver aqui, vivendo dentro de um hospital, sem autonomia, você não tem direitos, você toma banho na hora que o hospital quer, você come na hora que o hospital quer, você não pode sair na hora que você quer. Então, eu acho que tudo isso influencia (LUDOTERAPEUTA 1).

Embora extrapole o objeto deste estudo, este ponto sinaliza para o fenômeno da violência institucional que, a partir da experiência do trabalho de campo, e não em formulações prévias, se impôs intensamente, tal a sua presença evidente e rotineira. Apesar de se tratar de um conceito difuso ou pouco preciso na literatura, a violência institucional se referiu aqui, mais especificamente, àquelas privações e restrições que pesam sobre mães e avós, na condição de acompanhantes de crianças e adolescentes, durante períodos relativamente longos de permanência nas instituições. Aliados às tais adversidades, os riscos ou as perdas econômicas e/ou relacionais figuram como um dos principais elementos estressores. Deste modo, sem ter com quem contar, as acompanhantes, especialmente, mães, não raro, sofrem ameaças ou mesmo perdem seus empregos ou comprometem suas relações com cônjuges ou com seus outros filhos, quando em tempos prolongados de confinamento; tempos, por sinal, suficientemente amplos para que já se fosse elaborada alguma política pública direcionada ao suporte social às mulheres penalizadas por estas circunstâncias.

Cabe ressaltar que estas considerações acerca do contexto institucional, além de constatadas na observação, foram confirmadas através das falas de muitos dos profissionais, em ambos os serviços. Tal ressalva equivale a dizer que, apesar de se condenar toda e qualquer manifestação violenta sobre crianças e adolescentes, aquelas que ocorreram dentro destas instituições, representando ou não possíveis reproduções de comportamentos domésticos, assim ocorreram em um contexto de ação igualmente violento ao agressor. Isto é, portanto, reconhecido pelos profissionais e, certamente, modula, em algum grau, as suas concepções acerca dos maus-tratos contra as

crianças e os adolescentes; por isso, a incorporação deste componente à análise.

### 2.1.2 MAUS-TRATOS COMO “OMISSÃO” OU “CARÊNCIAS”:

Os maus-tratos concebidos como “omissão” ou “carências” estão relacionados às omissões ou às negligências das mães diversas naturezas, tanto material, quanto afetiva; e ainda, em sua forma mais extrema, ao abandono dos filhos pelos pais e pelos demais membros da família. Representam uma das modalidades mais referenciadas pelos profissionais quando questionados sobre o tema ou mesmo espontaneamente ao longo dos diálogos, tamanha a sua participação no cotidiano das instituições, em variadas intensidades.

Os maus-tratos não são só aqueles que machucam. Têm também os maus-tratos por falta de amor; de afetividade; que é um maltrato emocional com a criança [...]. Teve um caso aqui no hospital de um bebê que foi abandonado. Precisava ver o olhar da criança. Ela veio a falecer aqui mesmo no hospital. A criança não tinha amor, morreu de abandono. (ASSISTENTE SOCIAL 2).

Embora venham a se configurar como tipos mais corriqueiros de maus-tratos, as “omissões” ou “carências” se expressam de formas variadas e ganham significados que, muitas vezes, contrastam com seu caráter crônico e rotineiro. Neste sentido, é interessante notar nas falas, há casos em que as “omissões” ou “carências” se impõem mais graves ou dramáticas do que outros eventos violentos a estes associados que, a priori, se configurariam como mais evidentes ou mais urgentes, como nos casos de uma violência física ou sexual importantes.

As carências são tão grandes; se tem tantas necessidades de tudo que, passado o primeiro momento, a fase inicial, mais aguda, a violência sexual fica subsumida. (MÉDICA, PROJETO VIVER).

Na minha experiência, os casos que eu vi, quase todas as crianças vítimas de abuso sexual, elas foram a óbito. Eu acho que elas desistem de viver, a sensação que eu tenho é esta, certo?! Eu trabalhei numa outra instituição e, das crianças que

chegaram lá, só uma conseguiu sobreviver, um menino de um ano. (FISIOTERAPEUTA 1).

Além deste aspecto, há ainda atributos relacionados à própria racionalidade biomédica na interpretação deste tipo de maltrato. Assim, nota-se grande ênfase nas especificidades vinculadas às práticas de saúde, como a omissão dos cuidados de higiene pessoal ou relacionados aos cuidados em saúde de um modo mais abrangente, a exemplo da interrupção ou escassa adesão a tratamentos, passíveis de serem compreendidos, portanto, como manifestações de negligência. Destaca-se ainda a tendência à culpabilização das mães, fruto da associação dos cuidados em saúde estritamente ao papel materno. Este ponto, que mereceria ampla discussão, caso fosse este o foco, é, inclusive, ratificado pela Antropologia Médica quando aponta as mulheres como “as principais provedoras de serviços de saúde” dentro do âmbito familiar, no setor informal do cuidado (HELMAN, 1994, p. 72), quiçá, até mesmo no setor profissional de assistência à saúde.

Muitas vezes são crianças que dependem totalmente de você e a mãe negligencia. E eu acho que o mais comum é a negligência. A gente vê aquelas crianças que ficam muito tempo internadas, com aquelas infecções bravas, difíceis de curar, aqueles meninos nas últimas, por conta de muito tempo que ficam na emergência. E eu acho que a negligência é pior do que os próprios maus-tratos, que é bater, xingar, eu acho que a negligência é a pior. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 4).

Muitas crianças que ficam internadas aqui é por falta de cuidado das mães. Se não cuida direito, aí fica doente, não é?! Isso não é um maltrato? (PEDAGOGA HOSPITALAR 1).

### 2.1.3 MAUS-TRATOS COMO ATOS DE VIOLÊNCIA

Nesta última subcategoria, os maus-tratos podem ser compreendidos como eventos de violência propriamente dita ou mesmo, por vezes, como atos criminosos. Em geral, as falas expressam um teor de intenso repúdio ao uso da força dos pais na relação com seus filhos quando os maus-tratos são elevados à condição de violência ou de crime. Ademais, nesta concepção, as falas

freqüentemente se reportam a exemplos concretos, com certa ênfase sobre a violência sexual ou física, como nos casos de estupro ou de espancamento.

Os maus-tratos aqui na UTI não são muito freqüentes. Nas enfermarias, sim. Já trabalhei em enfermarias de dois hospitais grandes; e alguns casos de violência me marcaram. [...] Agora os casos que chegam aqui na UTI já não é mais maus-tratos, é crime. (ENFERMEIRA 2).

Mas eu não sei como um pai pode fazer isso? [...] Mas como é que um pai pode arremessar uma criança contra a parede? Eu não sei, não sei mesmo. Só sei que é uma coisa que revolta. (ASSISTENTE SOCIAL 2).

Há um aspecto relevante a ser destacado nas concepções dos maus-tratos como “violência”, ou mesmo, como “omissões” ou “carências”: a dicotomia tradicionalmente estabelecida entre vítimas e agressores conduz a uma abordagem também dicotomizada sobre o contexto familiar onde ocorrem os maus-tratos. Deste modo, os discursos tendem a segregar as ações, em circunstâncias de violência, as dirigindo, quase que exclusivamente, às crianças e aos adolescentes, em detrimento de uma atenção sistêmica à família. Percebe-se, então, que as crianças e os adolescentes estão sempre em foco nos discursos, e as famílias acabam ficando subsumidas, exceto, quando se trata de se destacar a responsabilidade sobre os atos.

A respeito das dificuldades de se incorporar a família ao cuidado, Nader (2005) traz importante contribuição aplicável a esta análise. Segundo a autora, ao historiar os estudos sobre “famílias” brasileiras, e não somente “família regular”, conforme enfatiza a diferença, mostra que há tendências discriminatórias e, inclusive, racistas no olhar sobre elas, uma vez que pouco se consideram as diversidades étnico-culturais que as distinguem. Sendo assim, historicamente, estas são vistas como “desestruturadas” ou “irregulares”, fato que implica distorções na formulação e implementação de políticas públicas voltadas aos contextos familiares.

[...] É uma coisa difícil, é uma coisa tão difícil. É difícil porque assim, você fica pensando, meu Deus, quem desta família

poderia ter feito isso. [...] É muito triste, principalmente, quando você tem filho porque, quando você não tem, você não sente a dimensão do problema; agora, quando você tem, você fica pensando: e se fosse com meu filho? Aí dá um misto de raiva com, sei lá, pena da criança. Raiva por aquilo ter acontecido, apesar de não ter sido culpa sua, mas a gente [silêncio], e dá um sentimento de impotência. (FISIOTERAPEUTA 1).

Estas concepções, e também aquelas que se compreendem os maus-tratos como negligências, sobretudo afetivas, ou mesmo o abandono, despertam sentimentos ambíguos e, em última instância, orientam ações apartadas às famílias em contextos violentos. A ambigüidade se reflete nos sentimentos de raiva e de pena, o primeiro dirigido ao fato, e possivelmente, transferível aos autores, em sua maioria, familiares, o segundo, dispensado exclusivamente às crianças e aos adolescentes vitimizados ou vitimados; sentimentos de culpa, frente a uma suposta impotência, mas também de necessidades de intervenção, sustentada na crença da possibilidade se quebrar ciclos de violência que recaem sobre estes sujeitos. Dos silêncios, por sua vez, das frases não ditas, talvez, dos sentimentos inefáveis, infere-se o medo dos riscos ou de se sucumbir aos atos violentos absolutamente limítrofes entre as condutas entendidas como disciplinadoras e as negligências e violências assim compreendidas.

Tais concepções, finalmente interpretadas nas suas conseqüências práticas, se configuram como uma das possíveis explicações para a o teor desacreditado das ações dirigidas, especialmente, àquelas relacionadas aos encaminhamentos jurídicos, compreendidos como um ponto frágil em grande parte dos discursos e, portanto, também desacreditados em sua efetividade. A dimensão das ações será posteriormente analisada.

Teve um caso de estupro, na época que aqui ainda se atendia a casos assim. [...] Eu me lembro que a gente aqui do Serviço Social se empenhou, comunicou ao Juizado, esperou as providências e, quando foi ver, o comissário de menores simplesmente devolveu a criança ao lar, para conviver com o acusado do crime. Então, fica aquela sensação de que tudo que você fez foi em vão, não adiantou pra nada. Porque a criança acaba voltando para o mesmo lugar onde ela foi violentada, pra conviver com o criminoso. (ASSISTENTE SOCIAL 2).

## 2.2 DEFINIÇÃO DE CASOS DE MAUS-TRATOS

Quando questionados acerca do que são os maus-tratos de modo mais específico, os profissionais de saúde apresentaram um conjunto diversificado de definições de casos de maus-tratos, as quais podem ser analisadas segundo dois eixos principais: a) a tipificação dos casos em função da natureza da violência (física, psicológica, sexual ou negligência); b) a gradação dos casos segundo as conseqüências nocivas ao desenvolvimento e ao bem-estar das crianças e dos adolescentes. Neste último eixo, observou-se uma tendência de enfoque ou um maior reconhecimento dos casos severos de maus-tratos, por parte dos profissionais, em detrimento dos casos considerados moderados ou leves.

### 2.2.1 TIPIFICAÇÃO DOS CASOS DE MAUS-TRATOS

Quanto à tipificação, a maioria das falas ensejou classificações pautadas em opiniões individualizadas e, de certo modo, imprecisas. Além da variedade de concepções, chama a atenção o fato de poucos profissionais de saúde recorrer à classificação de subtipos de maus-tratos, tradicionalmente utilizadas em manuais técnicos ou na literatura sobre o tema, a exemplo do Guia de Atuação frente a Maus-tratos na Infância e na Adolescência (1994), que oferece orientações específicas aos profissionais deste setor.

[...] A gente tinha um caso aqui de um paciente que quem estava acompanhando ele não era a mãe, era a madrasta. Então, assim, muitas vezes, ela comia a comida do menino, não dava pro menino, entendeu? Reprimia o menino, brigava com ele, entendeu? Então, isso é uma forma de maus-tratos, entendeu? Na verdade, os maus-tratos pra mim se comportam de várias formas. Não é só você bater na criança, mas você deixar de alimentar a criança; de você reprimir. (ENFERMEIRA 1).

Destaca-se que tal imprecisão na classificação dos maus-tratos contrasta com a própria práxis taxonômica tradicional à área da biomedicina, a partir da qual os agravos seguem classificações e mesmo códigos descritos

exaustivamente. Tanto assim que, ao solicitar definições dos maus-tratos, além das imprecisões, estas foram expressas, em algumas circunstâncias, como síndromes, inclusive, a própria literatura biomédica reporta-se corriqueiramente aos maus-tratos como “síndrome dos maus-tratos infantis”; “síndrome do bebê sacudido”; “síndrome da criança espancada”; “síndrome de Munchausen por procuração”. Chamou à atenção o fato desta última ser bastante referenciada pelos profissionais, apesar da pouca clareza na apresentação das definições dos maus-tratos.

Tudo começou quando se atendia crianças vítimas de violência aqui e não existia protocolo, há alguns anos atrás. Então foi criado o Programa de Atenção às Vítimas de Maus-tratos. No início deste Programa, foi estabelecido os tipos de maus-tratos e nós consideramos cinco tipos: o físico, o sexual, o psíquico, a negligência e a Síndrome de Munchausen por procuração. (MÉDICA 2).

Aqui já teve um caso que a mãe fazia o filho engolir água sanitária para deixar o menino internado. Aí você vê que é caso de doença, é a Síndrome. (ASSISTENTE SOCIAL 1).

A constatação desta relativa primazia que a “síndrome de Munchausen por procuração” alcança, como uma das formas de maus-tratos claramente perceptível pelos profissionais, ou mesmo a própria compreensão dos maus-tratos enquanto síndromes, expressam uma tendência de associação entre o agravo violento e a sua condição patológica, descrita em parâmetros eminentemente biomédicos, conforme analisado abaixo:

A introdução da violência na área da Saúde implicou uma associação entre violência e doença, a partir do discurso epidemiológico. Assim, fala-se em uma “vigilância epidemiológica da violência”. [...] Perguntamos, então, se a inteligibilidade possível do fenômeno da violência, no campo da Saúde, existe na medida da sua tradução para os termos da medicina, em sua vertente epidemiológica, identificando-o com o objeto deste campo, a doença [...]. Tratam-se e pensam-se de forma indiferenciada ambos os fenômenos? Como se diferencia o tratamento do corpo doente e do corpo ferido por um ato violento? Como se concebem, enfim, os fenômenos da violência e da doença? (SARTI, 2005, p.111-12)

Embora a violência, e aqui especificamente, os maus-tratos tenham sido fragilmente incorporados dentro do repertório cultural biomédico em termos de categorização taxonômica, não se espera que apenas este esforço, tradicional ao campo, se traduza necessariamente em práxis adequadas ou, quiçá, resolutivas em relação à abordagem e ao tratamento dispensado aos sujeitos em contexto de violência. Há, conforme discutido na primeira parte deste trabalho, grande heterogeneidade conceitual em torno dos maus-tratos, a qual dificulta e distancia as instituições e serviços, em termos de uma perspectiva intersetorial de ação. Entretanto, o fato de existirem ainda poucos esforços, reflexo do distanciamento com a temática, agrava ainda mais este fosso. A própria Sarti (2005), em sua fala, já apontava para as implicações da incorporação da violência no âmbito da assistência tomada meramente como manifestação patológica ou apenas como dado epidemiológico notificável e passível de outros encaminhamentos que extrapolam o setor da saúde, mas que se desenvolvem de maneira estanque ou desarticulada.

Ademais, Minayo (2004), sobre a lenta e difícil inserção da violência na saúde, nos lembra, e reafirmo aqui, que o principal motivo desta lentidão vincula-se à hegemonia da mentalidade biomédica. É o mesmo que sugere Sarti (2005) quando aponta os problemas da intervenção sobre a violência, uma vez incorporada pelo setor saúde através da sua compreensão apenas enquanto “doença” ou “epidemia”. Recorre-se aqui novamente à fala de uma das interlocutoras quando solicitada a explicar o que seria o Programa de Atenção à Criança e ao Adolescente Vítimas de Maus-tratos, do Hospital da Criança. Cabe chamar a atenção para a ênfase dada à mentalidade biomédica:

Então, a partir daí, nos próximos anos começamos a aprimorar este trabalho de atenção às vítimas de maus-tratos, **que nada mais é do que colocar na cabeça do profissional médico ou do profissional da área de saúde de maneira geral que os maus-tratos existem**, que os sinais de alerta estão aí e que alerta você deve ficar pra investigar. E algumas barreiras você tem que vencer. (MÉDICA 2; grifos nossos).

De volta à síndrome anteriormente referida, cabe ressaltar que os casos relatados pelos profissionais, e assim categorizados, são flagrados em suas dimensões, não só supostamente biológica, como uma patologia psiquiátrica

específica, mas também cultural e social. Culturalmente, destaca-se o fato da síndrome ser fortemente atribuída à mulher, em seu papel materno, conforme se observou nas falas e na própria literatura especializada. Socialmente, a sua expressiva ocorrência nas classes de baixa renda é destacada pelas falas e apontada pela observação do cotidiano de atendimentos, entretanto a literatura biomédica incorpore prioritária e quase exclusivamente a dimensão biológica, e aborde muito superficialmente os componentes sócio-culturais que marcam de forma tão relevante tal condição.

E, às vezes, é porque muitas que vêm pra cá, não têm uma questão de uma vida social assim. É precária, né? Não tem alimentação, não têm higiene direito, essas coisas. Então quando chegam aqui tem tudo isso; a gente fica ali, orientando e tal. A criança, às vezes, não quer ir embora porque não se sente bem amparada. Já teve uma ou outra que, às vezes, a mãe mesmo é que não quer ir. É, às vezes, a mãe é que não quer ir; e aí diz que a criança está com febre, está com isso, com aquilo, e não está. E quando a criança diz que não está sentindo nada, ela vai e começa até a maltratar a criança neste sentido. Porque, às vezes, ela faz: “ele ontem teve febre”. Aí a criança: “não tive febre não”. Ou então: “ele ontem estava com dor”. Aí ele: “eu não tava com dor não”. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 1).

A gente teve um caso aqui mesmo meio curioso. Teve uma tia que acompanhava uma criança que ela não queria sair do hospital. E eu acredito que é pela condição de vida dela lá fora. Então aqui era o celeiro dela. Aqui ela se encontrava em casa: comida, roupa lavada e apoio, tudo que ela não tinha em casa. Aí, então, esta tia fazia tudo pra que essa criança ficasse aqui; ela criava situações e nós não entendíamos por quê. Porque a criança apresentava um sintoma que a gente não via, o médico não via, ninguém via. E ela fazia o quê? Eu trabalho numa unidade de diarreia o tempo todo. E eu não sei como ela fazia; ela preparava alguma coisa e colocava nas fraldas: “mas, gente, não é possível uma coisa dessas!”. E se fazia exame de tudo e não se encontrava o diagnóstico da criança. Por último, nós encontramos ela dando hipoclorito à criança para beber. Isto foi para o Conselho Tutelar; e isso foi a maior agonia, entendeu? (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 4).

Do ponto de vista metodológico, é oportuno evidenciar que o tratamento de componentes complexos, tais como aqueles referentes aos aspectos culturais e sociais vinculados a esta síndrome ou às demais manifestações de violência, como simples variáveis, ou mesmo, como elementos irrelevantes à

análise, sobretudo, a partir da perspectiva quantitativa em saúde, empobrece os modelos explicativos e os distancia da realidade prática e imediata que envolve tais fenômenos. Minayo (2003, p. 104), ao analisar as relações entre a epidemiologia e as ciências sociais, argumenta que a articulação entre estes “diferentes campos de saber só é possível se passar por traduções das distintas lógicas e critérios de cientificidade, de uma hermenêutica do *modus operandi* de cada metodologia e da arquitetura dos conceitos que cada teoria de referência apresenta”. É a partir desta lógica que se vislumbra a possibilidade da construção de conhecimentos pertinentes e desdobráveis em algum poder resolutivo frente à complexidade da intervenção sobre a violência.

Ainda sobre a tipificação dos casos, as raras referências aos subtipos de maus-tratos nos relatos dos profissionais de saúde apontam também para alguns aspectos que se traduzem em escassa valorização da problemática. Observa-se nas falas a tendência à baixa valorização das questões concernentes aos maus-tratos, a qual assume três principais direções, a saber: na formação profissional nas diferentes sub-áreas da saúde; entre os próprios profissionais; e nos dados institucionais relacionados aos maus-tratos.

Quanto à baixa valorização da temática na formação profissional, percebe-se nas colocações que a incorporação das dimensões conceituais e de intervenção sobre os maus-tratos nas grades curriculares dos cursos da saúde ainda se fazem bastante incipientes ou mesmo inexistentes. Ademais, observa-se que, mesmo dentro das disciplinas voltadas às questões da saúde coletiva, as discussões em torno da violência carecem de maior aprofundamento em suas diversas facetas, desde as ações de diagnóstico até os procedimentos relacionados ao encaminhamento e ao acompanhamento dos casos, além das ações de prevenção dos maus-tratos.

Não existe na graduação para o estudante de medicina esse enfoque sobre os maus-tratos. (MÉDICA, INSTITUTO MÉDICO LEGAL).

Em relação à baixa valorização da temática pelos profissionais, esta é uma tendência, em parte, conseqüência da deficiência na formação dos profissionais no que tange à problemática, assim como pode ser observada indiretamente através das recusas e resistências dos profissionais à concessão

de relatos ou mesmo nas dificuldades em rememorar experiências de atendimento de casos, mesmo entre aqueles com maior tempo de atuação profissional. Neste ponto, além de resistências ou de possíveis esquecimentos, pode se tratar da subestimação do diagnóstico de casos em potencial, uma vez que, dada às deficiências de formação, os olhares são pouco sensíveis à percepção dos maus-tratos, especialmente, aqueles que se manifestam muito sutilmente nas relações entre pais e filhos.

Na pediatria sempre tem assim um congresso, uma mesa redonda que vai falar sobre a violência contra a criança e o adolescente, mas normalmente paralela a outras mesas redondas, como no último congresso que eu fui. Então eram três palestras ao mesmo tempo. A audiência da violência era pouquíssima, era onde eu tava, mas muito poucas pessoas interessadas em ouvir. (MÉDICA, INSTITUTO MÉDICO LEGAL).

Não, não. Aqui a gente [pausa], olha, este ano aqui eu não tive nenhum caso aqui neste andar. Um tempo atrás a gente até teve mais, mas parece meio sazonal. Têm épocas que aparece, têm épocas que pára. (ENFERMEIRA 1).

E, finalmente, sobre desvalorização dos dados institucionais relacionados aos maus-tratos, a visita a algumas instituições públicas referenciais no atendimento às crianças e aos adolescentes referenciadas na metodologia revelou que grande parte ainda apresenta sistema de arquivo de registros manuais ou em via de informatização. Os dados da violência, especificamente, mostraram-se de difícil acesso e, na maior parte das vezes, pulverizados no banco de prontuários dos sujeitos atendidos pelos serviços. Desta forma, à adesão ao protocolo da notificação compulsória dos casos de violência não foi identificado nas instituições visitadas, durante o período de estudo.

Existe um programa, onde seria depositado o nome do paciente, a idade, os responsáveis, qual foi o tipo da agressão e tal. [...] Só que aí o que acontece é que quem faz a digitação é o pessoal da portaria do plantão que está sempre cheio, está sempre corrido. [...] Na minha pesquisa, eu acabei vendo que não dava pra recorrer aos registros. Então tive que pegar prontuário por prontuário. (MÉDICA, INSTITUTO MÉDICO LEGAL).

No Hospital da Criança, provavelmente em virtude da existência do Programa de Atenção, há uma ficha padronizada, onde os dados específicos relacionados aos maus-tratos são informatizados, e também anexados aos prontuários. No CPPHO, os registros são manuais e ainda não há formulário específico para a sistematização dos dados relacionados aos eventos de maus-tratos. Em ambos, entretanto, ainda não foi incorporado o instrumento de notificação recomendado pelo Ministério da Saúde.

No ano de 2007, a Secretaria Municipal de Saúde de Salvador (SMS) e a Vigilância Epidemiológica realizaram seminário sobre a temática da violência com todos os Distritos Sanitários, visando a sensibilização e a capacitação dos profissionais para o reconhecimento e a notificação das diversas formas de violência. Em 2008, a SMS desenvolveu oficinas específicas para a sensibilização dos profissionais quanto à obrigatoriedade da notificação dos casos de violência contra crianças e adolescentes por parte dos profissionais de saúde, bem como para a capacitação quanto ao preenchimento adequado do instrumento de notificação, qual seja a ficha elaborada e recomendada pelo Ministério da Saúde.

### 2.2.2 GRADAÇÃO DOS CASOS SEGUNDO A SEVERIDADE

Em relação à gradação dos casos, as definições dos maus-tratos perpassaram por uma gama distinta de estágios, isto é, variando, no discurso, de casos leves a graves. Observou-se uma tendência de maior enfoque ou um maior reconhecimento dos casos severos de maus-tratos, por parte dos profissionais, em detrimento dos casos considerados moderados ou leves, que são vistos como ocorrências corriqueiras na rotina de atendimento dos serviços.

A chegada dos casos de violência sexual em 72 horas, que era o melhor, não acontece. Normalmente, só se assim tiver uma agressão sexual tão importante. Quando você nota que a criança está sangrando [...] aí a mãe leva porque existe o risco de morrer em casa. (MÉDICA 2).

[...] Aqui você vê mais é criança descuidada, falta de higiene, mãe que não dá a comida direito, mesmo aqui dentro. Outra

coisa é que chega muita criança sem documento, sem registro nenhum. Essas coisas são comuns aqui. (ASSISTENTE SOCIAL 3).

#### 2.2.2.1 Os CASOS “LEVES” OU “MODERADOS”

Os casos “leves” ou “moderados” são aqueles que se sustentam na concepção dos maus-tratos enquanto excesso de correção disciplinar ou de abuso do poder parental ou se configuram como algumas situações de negligências. Os casos que se enquadram nesta gradação são aqueles que, possivelmente, ocorrem nos espaços domésticos, mas que dificilmente motivariam ou justificariam, por si só, a internação das crianças e dos adolescentes nos serviços; e também aqueles que se produzem ou se reproduzem dentro das próprias instituições, especialmente, nos plantões noturnos.

As próprias mães da enfermaria falam quando alguma mãe maltrata o filho; quando machuca; faz chantagem; não dá comida ou empurra a comida na boca com força. E isso acontece mais nos plantões noturnos porque tem menos gente nos postos. Mas a gente acaba sabendo de manhã porque são as outras mães mesmo que contam. (ASSISTENTE SOCIAL 2).

Porque de noite tem menos gente, não tem fiscalização. Geralmente só tem um médico plantonista. Às vezes, são só duas enfermeiras ou então uma só. As meninas, como a gente, técnicas, só são duas ou três. Então fica pouquíssima gente circulando pelo andar. Aí fica difícil, entendeu? Mas, de noite, a gente vê mais. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 4).

Aqui, no Irmã Dulce, a gente vê sim casos de maus-tratos contra crianças. Casos assim bem marcantes, difíceis; e casos, assim, de maus-tratos que podem até passar despercebidos. Com relação, assim, aos cuidados diários das crianças, do asseio, da higiene, até a violência mesmo, entendeu? Tem várias formas, varia muito. (RESIDENTE DE MEDICINA 1).

Mas aqui, assim, quando a gente pega uma delas, assim, maltratando, ou fazendo alguma coisa, a gente chama e fala: “olha, mãe, aqui não, aqui não pode”. Aí, a gente orienta elas, entende? (ENFERMEIRA 1).

No contexto da assistência à saúde, a ocorrência dos chamados casos “leves” ou “moderados” se coloca como um desafio constante, quiçá diário, aos profissionais nos serviços. Em primeiro lugar, podem representar alertas a relações parentais calcadas em comportamentos violentos, às quais, sem a devida abordagem à família, tendem a perpetuar-se no âmbito doméstico. Em segundo, exigem intermediações contextuais, imediatas, como ilustra a última fala acima, mas que, diferentemente da colocação, deveriam estender seus impactos para além do “aqui” ou “agora”, e se aproximar de uma perspectiva da prevenção de eventos violentos para além do espaço institucional.

### 2.2.3 OS CASOS “GRAVES” OU “SEVEROS”

Os casos considerados “graves” ou “severos” nos discursos, comumente enfatizados nos discursos, estão associados aos maus-tratos concebidos como violências das mais diversas naturezas. Em geral, ao solicitar aos profissionais o relato de experiências próximas de maus-tratos sob atendimento nas instituições, os casos “graves” ou “severos” são prontamente apresentados, via de regra, descritos com certa precisão, a exemplo dos casos de estupro ou atentados violentos ao pudor, espancamentos, queimaduras, e tendem a marcar a memória destes sujeitos.

Teve dois casos aqui que me marcaram. Um foi de um bebê, que depois veio até a óbito, mas foi o pai que arremessou contra a parede. [...] Depois ficamos sabendo que a criança teve um traumatismo craniano e não resistiu. [...] O outro caso foi de um estupro de uma menina de três anos, que a gente veio descobrir depois de exame e tanta coisa, porque as histórias não batiam. (ASSISTENTE SOCIAL 2).

Bem, os que mais me chamaram a atenção neste tempo foram dois. Primeiro de uma menina, lá com seus 15 ou 16 anos, que a mãe batia muito na boca porque ela pegava muito as coisas sem pedir a mãe e quebrou essa parte da boca. Ela teve que fazer umas quatro ou cinco cirurgias. [...] E um outro foi um menino que foi abusado sexualmente pelo padrasto. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 3).

A abordagem sobre estes casos, evidentemente mais complexa do ponto de vista das ações intersetoriais que mobilizam, também representam

desafios aos profissionais na condução dos mesmos dentro das instituições de saúde. Entretanto, destaca-se que qualquer circunstância de maus-tratos ou de violência demanda ações diferenciadas que podem variar em seus graus de dificuldade ou de desafios postos aos profissionais, independente da gradação por severidade que marca os seus discursos ou da maior ênfase e precisão nas definições daqueles considerados casos “graves” ou “severos”. Tais ações, todavia, serão alvo da análise do capítulo que se segue.

### CAPÍTULO III: AÇÕES FRENTE AOS MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Este capítulo tratará da análise do conjunto de ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde frente de maus-tratos contra crianças e adolescentes, a partir dos contextos institucionais investigados, desde o diagnóstico dos casos ou confirmação das suspeitas, perpassando as ações de notificação e encaminhamento, até o acompanhamento e as ações de prevenção.

#### 3.1 Ações de diagnóstico dos maus-tratos

As ações de diagnóstico, uma vez considerada a complexidade que as envolve, são marcadas por dificuldades, basicamente, de duas naturezas distintas, mas que se potencializam entre si. De um lado se encontram as dificuldades diagnósticas de base educacional, relacionadas aos aspectos técnicos do reconhecimento dos sinais, dos sintomas ou das manifestações subjetivas das vítimas, as quais são conseqüências diretas da formação deficitária em relação à temática da violência, conforme discutido no capítulo anterior. Do outro, e este merece maior atenção, dada a diversidade de elementos complexos associados, há as dificuldades diagnósticas de base cultural, as quais, por sua vez, relacionam-se aos sentidos e significados atribuídos à intervenção nos casos de violência, especialmente, quando intrinsecamente associada à questão de âmbito doméstico; ao domínio privado em si e a sua relação com o espaço público; assim como ao universo jurídico em suas instâncias relacionadas à problemática.

Assim, maus-tratos, assim escancarado eu vi esse. Mas senti certa dificuldade, tanto é que eu passei o dia meio chocada e, no outro dia, eu conversei com a psicóloga daqui, entendeu? Aí ela veio junto com outras duas estagiárias e conversamos bastante sobre isso. Mas antes disto, eu estava um pouco sem saber o quê fazer, como conduzir a situação porque eu não sabia como abordar a mãe [corte brusco]. Bom, precisei de alguma orientação sim. (RESIDENTE DE MEDICINA 1).

[...] Existe muito medo do que aquilo vai representar em termos práticos. [...] Às vezes, detectar os maus-tratos significa que

you will answer later. And there is the fear that the family will have some kind of reaction against you, that you will be called to testify in court and, if that happens, how long it will take out of your life, from the clinic, from the hospital, how many times you will be called. Then, many times you can even have the knowledge of the cases, but you prefer to pretend that you don't, and you prefer to discuss little about the subject. (MÉDICA, INSTITUTO MÉDICO LEGAL).

[...] There is an important principle in social service that is not involvement, but that people end up getting involved. (ASSISTENTE SOCIAL 3).

These two last statements signalize more strongly for the fact that professionals intertwine the public and private dimensions, in this last case, more clearly concerned with possible compromises of their particular lives, when facing suspicions or cases of abuse awaiting diagnostic confirmation. Beyond this aspect, the proper understanding of interpersonal violence as a phenomenon associated with the private domain was in the theory of the statements, although explicit declarations in this sense had already shown themselves constrained or veiled. At this point, it is worth returning to the analyses made by Da Matta (1997), in which the contradictions existing between the spaces of home and street, that is, the private and the public in the cultural matrix of Brazilian society.

The space of home, supposedly cordial, harmonious, preserved from the street, risky, hostile, individualizing, or as in Da Matta's (1997, p. 55-6) own words, "in the street one can admit contradictions proper to this space; but in the home the contradictions must be banished, on pain of causing an intolerable malaise." And the author advances, in order to elucidate values that guide relations in domestic and public spaces: "in the end, home does not admit contradictions if these contradictions cannot be immediately put in order, that is, in hierarchy or gradation". In such hierarchy and gradation, and as statistics confirm, children, adolescents, women, employees, employed women, elderly and elderly women occupy the most unfavorable positions, where they bear the full weight of domination. In the space of home, the events of abuse or violence, especially against these subjects, which stain domestic ethics and the image of the home, pass through the domain of privacy, following the cultural matrix pointed out by

autor. Deste modo, os valores dominantes no âmbito doméstico, tal como a suposta cordialidade, confronta-se com os atos violentos constatados ou a ser constatados; confronto este que explica, em parte, o repúdio ao ato de julgar, pontuado pelos profissionais. Aqui, inclusive, reside especificamente aquelas determinações do Programa de Atenção à Criança e ao Adolescente Vítimas de Maus-tratos do HC: perguntar “quem foi” é proibido aqui dentro e todo mundo sabe o porquê disso”.

Então é bater sempre na mesma tecla: você é médico, não pode sair da postura de médico; você é enfermeira, não pode sair da postura de enfermeira; então, não julgue ninguém. (MÉDICA 2).

Eu acho complicado. Porque você está julgando alguém. Você pode estar julgando alguém que de fato não foi culpado e trazer conseqüências desastrosas. (FISIOTERAPEUTA 1).

[...] Às vezes, a gente vê uma criança mal nutrida, né? Mal vestida, mal cuidada, e aí a gente faz assim: “poxa, é maltrato e não sei o quê”. Mas você já foi analisar esta família, a situação que esta família vive para se confirmar verdadeiramente os maus-tratos? Então é assim como a colega falou: é um caso assim que a gente não confirma realmente porque eu não vou trazer mais à tona e dizer que uma criança mal vestida, mal trajada, mal nutrida é simplesmente maltratada. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 4).

A partir desta última colocação, destacam-se dois aspectos importantes referentes ao papel dos técnicos de enfermagem no processo de diagnóstico dos maus-tratos: em primeiro lugar, observa-se a centralidade desta categoria profissional, dada a freqüência e intensidade das relações estabelecidas com o público sob atendimento; em segundo, e contraditoriamente, evidencia-se a segregação discriminatória sofrida por estes sujeitos no processo de trabalho assistencial, a qual aponta também para as fragilidades do senso de equipe que se revelam em ambas as instituições. Deste modo, embora estes profissionais sejam atores-chaves na detecção de sinais e sintomas, sobretudo, quando os maus-tratos não se configuram como causa principal da internação, falas e condutas relacionadas aos técnicos evidenciavam a discriminação referida.

Na realidade, quando a criança é internada, a gente é linha de frente do atendimento, né? Porque o médico passa, olha, mas quem está todo o dia e em todos os momentos somos nós. Pra gente detectar um caso de maltrato é por pouco porque é a gente que está o tempo todo junto, em contato, manipulando. Então, é mais fácil para a gente detectar. E tem casos que é fácil da gente perceber e têm uns que são mais difíceis. Mas pra gente da equipe técnica é mais fácil. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 6).

[...] Aí quando chegam aqui pela central de regulação os casos, que são casos assim, eles já deixam a interrogação; aí eles já sinalizam entre eles. [...] Quer dizer, eles já sinalizam, a enfermagem também. Agora, a enfermagem pra gente não são todas. Têm algumas enfermeiras até que já chama e conversa, mas se não fizer isso, a gente descobre só. Ou, então, quando a gente vai descobrir, a criança já em um tempinho aqui e elas não passam. [...] Eu acho que neste sentido deveria ter uma integração maior entre todo mundo, entendeu? Porque a área de saúde é uma equipe, não tem que ter [corte], não é que discrimine, mas tem uma certa distância. Então se a gente não chegar lá [silêncio], aí depende muito de você ir buscar. Depende de ir buscar mesmo. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 2).

Esta última fala suscita mais duas considerações relevantes. Uma se refere à importância da central de regulação como espaço privilegiado de reconhecimento e mesmo de diagnóstico de casos de maus-tratos, a serem referenciados para a rede assistencial. Inclusive, nas próprias reuniões do Grupo de Trabalho para o Fortalecimento da Rede de Atenção a Crianças e Adolescentes em Situação de Violência em Salvador (GT – Rede CRIAD SSA), as representantes técnicas da regulação participaram de forma ativa e interessada, destacando o potencial deste espaço, ainda a ser explorado, na identificação dos maus-tratos e das violências dentro de uma perspectiva articulada e intersetorial de ações. A outra consideração, por sua vez, relaciona-se à ênfase dada pelas próprias técnicas de enfermagem na necessidade de se reforçar o senso de equipe no processo de trabalho, valorizando as especificidades dos papéis, mas entendendo-os como indissociáveis ou interdependentes. Este último ponto será explorado ao longo desta análise.

Ainda sobre a segregação profissional, e que se contrapõe ao senso de coletividade requerido, esta encontra a sua expressão mais nítida, talvez mais extrema, na exposição freqüente aos riscos ocupacionais, especialmente,

aqueles relacionados às infecções graves, como no caso do HIV, segundo os relatos das técnicas consultadas. A este aspecto, de viés classista, e mesmo racista, agrega-se outro, de ordem cultural, que tem a ver com a estigmatização dos sujeitos que experenciam estes agravos, a exemplo da AIDS, e das próprias violências, sobretudo, aquelas de natureza sexual. Sobre isto se sustentam tabus, resistências, reservas sobre tais agravos, à custa das exposições aos riscos das categorias profissionais, alicerces da hierarquia, tal como as técnicas de enfermagem. Cabe ressaltar que tais agravos, e aqui especialmente, as violências podem perpassar pelos três distintos tipos de estigma descritos por Goffman (1988, p. 14): “em primeiro lugar, as abominações do corpo, as várias deformidades físicas; em segundo, as culpas de caráter individual”; e, finalmente, “os estigmas tribais de raça, nação e religião”. Do modo colocado, é possível às violências suscitar estigma nos sujeitos envolvidos pelas mesmas, através das suas marcas físicas corporais, das culpas inferidas a partir dos relatos de comportamentos abusivos, e da exposição dos pobres e negros, a qual, por sua vez, fomenta a associação falaciosa entre violência e pobreza e acirra perversidades sutis do racismo.

No caso das violências, objeto específico deste estudo, ainda são estes profissionais que mais se expõem, assim como as enfermeiras e as assistentes sociais, aos riscos de agressão quando buscam intermediar comportamentos violentos entre pais e filhos, então, deslocados da sua “privacidade doméstica” para o espaço público, “invasivo”, “escancarado” e, por vezes, “hostil”; ou quando avançam nas abordagens de notificação e encaminhamento, as quais serão posteriormente discutidas.

[...] Eu acho que deveria ser assim: internou, faz a história da vida da criança antes daqui até chegar ao internamento. E na mesma hora, de imediato já deveria fazer porque, entre eles (médicos e residentes), eles têm reunião todos os dias, e elas (as enfermeiras) também. Então deveriam chamar a gente, assim como é no caso de HIV em crianças porque aqui sempre está internando criança com HIV, e descobre aqui. [...] Não dizem: “olha, a gente desconfia; ou, a gente tem certeza que é, só precisa confirmar com os exames”. Elas também, as enfermeiras não passam. Aí o que a gente faz? Quando a gente vê muito tempo, assim, a criança com diarreia por muito tempo; aí, a gente se pergunta: será que esta criança está com HIV? Será que essa criança tem isso? Por que não pedem logo? Pede o exame! Aí foi que pediram, e depois que pediu, a

criança só se agravando, só se agravando. E a gente já tinha feito punção venosa, e feito tudo que é procedimento sem [corte], não é que a gente não se protege, mas uma proteção maior seria necessário, não é?! (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 2).

De volta as dificuldades diagnósticas de base educacional, as quais se sustentam na própria complexidade que envolve a confirmação das suspeitas e os atos subseqüentes à revelação dos casos, destacam-se aquelas mais evidentes ou também mais reivindicadas pelos interlocutores. Uma delas se refere às sutilezas próprias da abordagem inicial dos profissionais em relação às acompanhantes, especialmente, às mães, e também em relação às próprias crianças e aos adolescentes. Em ambos os casos, as abordagens exigem condutas sensíveis, específicas e contextualizadas, na maioria das vezes, distantes daquelas enculturadas a partir da racionalidade biomédica hegemônica, tão presente na base de formação dos profissionais de saúde. Tal racionalidade, marcada pelas práticas individualizantes e pela desvalorização da subjetividade do paciente, e mesmo do médico, conforme pontua Camargo Jr. (2005), contrasta com as referidas exigências, especialmente, aquelas de personalização das condutas frente às especificidades e demandas de cada caso em particular.

Os maus-tratos sempre chocam, e a gente sempre tem o cuidado de falar com o serviço social antes de abordar os pacientes para identificar antes os casos que são mais complicados. Teve um caso aqui de uma menina de, mais ou menos, três ou quatro anos de idade. Quando a gente chegou, ela era agressiva com todo mundo, por causa dos maus-tratos que sofria. No caso dela, era o padrasto que batia muito nela, mas mais nas pernas, para esconder. Mas ela estava aqui fazendo tratamento e aí ela era agressiva com todo mundo que se aproximasse ou pensasse em se aproximar dela. [...] Aí a estratégia era essa: a gente começou a brincar com os médicos, que ela rejeitou na hora; que não era pra ninguém olhar pra ela, pra ninguém chegar perto dela. Aí a gente começou a brincar com eles, a fazer consulta neles, aí pegamos a enfermeira, e tal, começamos a brincar com as crianças dos leitos vizinhos. [...] Depois de um tempo, na outra visita, foi que ela começou a se aproximar, fez um desenho pra gente, com uns palhaços, e assim foi a forma de conquistar a confiança dela. (LUDOTERAPEUTA 1).

[...] É chegar no ponto. É a dificuldade. Porque tem umas que até [interrompeu]. Teve uma menininha aqui que foi violentada e fraturou as duas pernas e a bacia. Ela ali até chegar para a mãe falar, não ter vergonha de falar é difícil. Porque têm umas que não têm vergonha, até falam demais. E outras que até esconde; que a gente fica até [silêncio], cria até uma suspeita, não é? Será que foi parente? Será que foi estranho? Ou a mãe, por exemplo, que têm muitas separadas, não é? Aí, será que foi o companheiro? Ou será que foi o pai? Agora têm umas que não, que com um jeitinho, a gente conversa e elas até se abrem, entendeu? (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 1).

Estes relatos expõem, até aqui, três importantes aspectos relevantes do processo diagnóstico: primeiramente, confirmam o caráter estigmatizante relacionado à vitimização por violência, especialmente, de natureza sexual; em segundo, enfatizam as dificuldades de comunicação entre os sujeitos e os profissionais, próprias das circunstâncias e agravadas pela referida estigmatização; por fim, destacam as ambigüidades do processo diagnóstico que residem entre o ocultar e o revelar os fatos. Para este último caso, a seguinte colocação é ilustrativa:

Eu sei que no resumo da história ficou que de tanto que o menino foi induzido a fazer sexo oral, porque ele não foi violentado, ele só foi induzido a praticar sexo oral; ele, em casa, queria fazer a mesma coisa com a mãe. Aí quando não dava, ficava compulsivo, uma compulsão! Mas ele fez tratamento, e ela fazia questão, todo mundo que perguntava pelo comportamento dele, ela dizia. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 2).

[...] Mas assim, têm umas que só se abrem mesmo pra psicóloga daqui. Por exemplo, entrou uma mocinha aqui com uma história que tinha tomado soda cáustica, não foi?! E aí, vai de lá, vai de cá, e aí a suspeita. Porque a história não tinha nada a ver com os problemas que ela apresentava, e até com os exames mesmo. [...] E aí, vai de lá, vai de cá; e se ela tivesse tomado, e coisa e tal; e tome a fazer exame, até que chamaram a mãe pra conversar. E conversou. E a mãe dizia: “não, minha filha é um anjo, minha filha é crente, ela é isso, ela é aquilo”. [...] Aí foi que ela só se abriu com a psicóloga, não é?! Porque a gente ficou sabendo que ela teve que fazer uma cirurgia para saber o que estava acontecendo quando chegou no centro cirúrgico para colocar a sonda, se detectou que ela estava com uma doença venérea, entendeu? (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 1).

Em relação à estigmatização, observa-se que as falas exaltam claramente atributos e estereótipos que demarcam a tradicional e estanque dicotomia entre “vítimas” e “agressores”, através da recorrência a termos, tais como “abusador”, “abusado”, “estuprador”, “compulsivo”, entre outros mais chulos, tais como “marginal”, “menor infrator”, “delinqüente”. Nesta lógica, em que pese às distorções identitárias engendradas pela estigmatização, situa-se o impasse entre tornar público e ocultar as violências, uma vez que revelar ou não os atos implicam interpretações também passíveis de distorções, de todo modo, novas a qualquer subjetividade. Sendo assim, tanto a confidência, quanto o segredo podem ser lidos como posturas suspeitas ou até mesmo coniventes, a depender do quanto e a quem se exponha ou se oculte os relatos sobre a violência sofrida. A este fenômeno denominei-o de “limiar de revelação direcionada” que corresponde exatamente ao quanto dizer sobre as violências e a quem endereçar o dito, assumindo aqui que há scripts mais ou menos determinados para os papéis de vítimas, de agressores, e seus “devidos” estigmas, bem como para os papéis dos profissionais em suas diversificadas identidades, formações e competências.

Embora deva ser respeitado superior direito da criança e do adolescente à proteção frente às violências, a exposição, a perda da privacidade, o excesso de publicidade são as outras faces deste impreciso “limiar de revelação direcionada”. Em ambas as instituições, os casos de violências recentes, vivenciados durante o trabalho de campo, foram conduzidos pelos profissionais à custa de muitas especulações, rumores e certos preconceitos. Avançando a análise, ao considerar o perfil do público atendido, questiona-se até que ponto a privacidade, a discricção e a reserva na condução dos casos de violência são prerrogativas exclusivas dos grupos sociais elitizados.

De volta às dificuldades e às ambigüidades da comunicação, estas também são flagradas, talvez em seu extremo, nos casos em que os atos invasivos, a exemplo daquele cirúrgico referenciado no último relato acima, se sobrepõem à fala, à revelação, à confiança da confidência. Ademais, não raro, os profissionais se reportavam às incongruências, gritantes ou discretas, entre histórias e sinais físicos dos casos de violências que passaram das suspeitas à confirmação através de exaustivas incursões sobre as versões contadas.

Ainda sobre as complexidades que envolvem a comunicação, é valoroso deslocar a análise feita por Rangel-S (2007, p. 1384) para os contextos particulares sob estudo. Esta autora, ao se debruçar sobre as tecnologias comunicativas dentro da perspectiva mais ampla do controle de risco, afirma que atuar com comunicação, para fins de “proteção e promoção da saúde em um espaço de disputa simbólica, requer acumulações de poder e competência comunicativa face aos desafios que a sociedade contemporânea apresenta”. A violência, em seus diversos desdobramentos individuais e coletivos, se impõe como desafio ao setor saúde, requerendo fortemente, entre outras habilidades, as acumulações comunicativas acima recomendadas.

[...] Teve aquela fratura daquela menina que não se sabia como bateu a cabeça e fez uma fratura, porém onde fraturou não tinha como ser queda. Só se a menina tivesse caído de cabeça ou se tivesse batido a cabeça no teto porque foi bem no meio da cabeça. Mas a mãe insistia que foi queda. [...] Depois que se descobriu, junto com a psicóloga, que foi quem consegui conversar com a mãe da menina, que foi uma paulada na cabeça. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 1).

Esta última colocação, além de reforçar as demandas da comunicação no contexto da assistência, oportuniza avançar na discussão acerca da necessidade de fortalecimento do senso de grupo no processo de trabalho em saúde, inclusive, reconhecida pelos interlocutores. Entretanto, nota-se claramente nos discursos certo excesso de atribuições ao serviço social e à psicologia, sobretudo, na abordagem inicial considerada um dos pontos críticos da atenção, conforme pontuado anteriormente. Nos casos de violência sexual, estas duas categorias são vistas como espécie de “amortecedores” dos impactos recentes da violência sofrida pelos sujeitos, assim como dos efeitos da revelação sobre médicos e enfermeiros principalmente. Os técnicos, por sua vez, seguem suas carreiras solitárias na abordagem e nas demais condutas frente aos casos. Tal fato representa, portanto, mais um desafio a ser superado, uma vez que, na maioria dos casos, o contato primário com os sujeitos é feito pelo médico ou pelo profissional da enfermagem. Inclusive, é da qualidade desta primeira relação, considerando possíveis medos, tensões, resistências, mas também expectativas e anseios, que depende todo o

desenvolvimento da intervenção sobre o caso, segundo alertam Galli e Viero (2009).

[...] Não é fácil o contato com as vítimas aqui no serviço. Se não passar pelo serviço social ou pela psicóloga antes então, aí que é ainda mais difícil. (MÉDICA, INSTITUTO MÉDICO LEGAL).

Vi uma matéria num programa de TV que um hospital contava com uma equipe multidisciplinar capacitada para poder verdadeiramente analisar os casos, não só por uma questão de aparência, mas até se não tinha algo mais envolvido. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 4).

Além das dificuldades relacionadas à abordagem inicial, as ações de diagnóstico tendem a se sustentar nos achados físicos ou nos sinais corporais decorrentes dos eventos violentos, especialmente, considerando que as mesmas são essencialmente realizadas pelos médicos ou residentes de medicina sob supervisão dos primeiros. Desta forma, os diagnósticos das violências são focados nas lesões corporais em detrimento dos sintomas subjetivos e/ou emocionais, muitas vezes, manifestações mais sutis ou veladas, mas não menos relevantes no processo diagnóstico e no tratamento das crianças, dos adolescentes e suas famílias. Em geral, as manifestações subjetivas ficam a cargo dos psicólogos ou dos psiquiatras, os sinais físicos, dos médicos e enfermeiros e a fragmentação super especializada da práxis biomédica se consuma frente às demandas complexas dos sujeitos em situações de violência.

O exame físico é importante, mas não é a única coisa que deve ser feita [...]. Às vezes, eu cheguei a pegar a perícia com relatos, relatórios assim da psicóloga super bem feito, onde se falava que o paciente não tinha vacinação, que o paciente não tinha acompanhamento pediátrico adequado [...]. Todos os indícios de que ali teve uma negligência com a criança, e que simplesmente quem leu não valorizou nada. Deve ter achado que tudo que estava escrito ali não era importante. (MÉDICA, INSTITUTO MÉDICO LEGAL).

Na confluência das dificuldades de ordens educacional e cultural, reconhece-se, todavia, o caráter complexo do processo de identificação ou da confirmação de suspeitas. Dentre outros fatores, tal complexidade relaciona-se

aqui ao risco de subestimação das evidências, talvez, mais freqüente, ou da superestimação de possíveis sinais e sintomas, neste caso, aos riscos de falsos positivos, principalmente, para os olhares mais atentos e, portanto, mais passíveis de se suggestionar; e tem a ver também com a ambigüidade de sentimentos que o diagnóstico de suspeitas ou de casos concretos pode provocar nos profissionais. Tais sentimentos ambíguos se expressam em pena, raiva, proteção, revoltas, parcimônia, disposição, impotência e, conforme discutido no capítulo anterior, tendem a se polarizar em condutas segregadas, em função das posições de vítimas ou de agressores, estes, em geral, membros da família.

Passa muita coisa batida. E também o contrário: quando você está mais atenta, com o olho mais treinado, às vezes, ao menor sinal, você tende a direcionar pra isso (MÉDICA, INSTITUTO MÉDICO LEGAL).

[...] Eu nunca vou me esquecer daquela criança que eu vi, logo no início do internato; acho que não tinha nem dois anos. Ela estava no leito, com o corpinho cheio de marca de queimadura. [...] Aí, o preceptor, na discussão do caso, disse que a mãe queimava a criança com cigarro pra ela parar de chorar. Fiquei chocada, mas tava na cara que era uma coisa provocada e a gente não queria acreditar. (RESIDENTE DE MEDICINA 1).

[...] Porque assim, é estranho, porque a gente passa a ter raiva da família. Aquele sentimento de que aquela mãe, aí, sabe, que saco aquela mãe! Tem até vontade de bater na mãe [risos], mas porque é uma criança indefesa. Então eu acho que é mais um sentimento de proteção da equipe toda. A gente não consegue ver uma criança numa situação destas que a gente não se penalize; não queira, sabe, botar no colo mesmo. (FISIOTERAPEUTA 1).

Destaca-se, ainda em relação aos desafios de apoio e inclusão das famílias, a sobreposição de violências freqüente nas rotinas de atendimento. Deste modo, às violências que recaem sobre as crianças e os adolescentes se sobrepõem sinergicamente àquelas cometidas contra mães, madrastas, avós no cotidiano das relações; e aquelas institucionalizadas, conforme descrito no capítulo anterior. Em algumas circunstâncias foi possível observar indícios físicos de violência nas mães acompanhantes; uma delas, de forma mais marcante, exibia um edema arroxeadado no entorno dos olhos chorosos, o qual

se repetia nos olhos do bebê que trazia no colo. Tive a oportunidade de trocar meia dúzia de palavras com ela quando se sentou ao meu lado, na ocasião da festa do dia das crianças celebrado na instituição. Ao vê-la tão desolada, não hesitei: “você precisa de ajuda?”. Ela me balbuciou poucas palavras: “não, não, estou nervosa”. Avancei, mesmo com os receios da invasão: “é por causa do seu filho, não é?”. A partir daí, em uma objetividade dispersa, respondeu-me, mirando o chão: “caiu da escada, vai ter que fazer uma cirurgia”. Neste momento, aproximei-me das sensações confusas que marcam os profissionais; e, se não quis desconfiar, estranhei a possibilidade das lesões serem fruto do acidente oferecido como causa. Além desta, outras sobreposições se revelam nos relatos dos profissionais:

[...] Aqui você vê muitas mães que os companheiros são detentos ou são foragidos. Aí vem a criança dar entrada aqui e não tem um registro, uma certidão, nada, né? [...] Aí você fica pensando como é que resolve isso, entendeu? E não dá nem pra dizer que é um caso aqui, outro ali, não. Acontece mesmo. (ASSISTENTE SOCIAL 2).

[...] Aquela pequenininha, como é o nome dela? Que foi e que depois fugiu pra vim pra cá de volta. Ela era cardíaca e que teve um problema no olho. Ela veio e se tratou. Só que quando ela veio pra aqui ela foi tão bem tratada que, quando teve alta, ela fugiu de casa, dizendo que estava passando mal pra poder internar ela aqui porque ela não queria ir embora. É porque a vida dela, a mãe não [interrompeu], a mãe era viva? Não?! Ela morava com a avó. A mãe era viva, mas era alcoólatra. Era uma vida toda assim, toda desregulada. Então, o ambiente, quando ela viu a diferença do ambiente ela queria que deixassem ela morar aqui pra não ter que deixar ela voltar pra lá. A avó saía e usava ela até pra pedir dinheiro, pedir esmola na rua, estas coisas. Ela aí quando chegou aqui se sentiu tão bem que não queria mais voltar pra casa. (TÉCNICA DE ENFERMAGEM 2).

Embora as dificuldades tenham se evidenciado neste tópico, avanços incipientes ou esforços de melhorias são sinalizados em ambas as instituições. No CPPHO, destaca-se a participação de alguns profissionais nas reuniões do Grupo de Trabalho para o Fortalecimento da Rede de Atenção a Crianças e Adolescentes em Situação de Violência em Salvador (GT – Rede CRIAD SSA, bem como nos curso e seminário oferecidos, onde socializaram as experiências do atendimento de casos de maus-tratos, de modo interessado e

participativo. No Hospital da Criança, considerando a existência do Programa, também se observa o interesse e a postura engajada de parte considerável dos profissionais, além de discussões de casos e algumas ações educativas voltadas às equipes, às crianças, aos adolescentes e suas famílias.

[...] E nós agora estamos no Hospital com algumas barreiras, mas com a maioria das barreiras vencidas. Uma: ninguém tem nenhum prurido, ou nenhum medo, ou nenhuma questão de como diagnosticar, como suspeitar e, na suspeita, comunicar. Nós não usamos a palavra denunciar porque nós não somos polícia, nós comunicamos o fato. (MÉDICA 2).

### 3.2 Ações de notificação e encaminhamento dos casos

A fala transcrita acima, não obstante o otimismo exacerbado contrastante com as dificuldades de diagnóstico observadas, aponta para dois elementos centrais no que tange as ações de notificação dos maus-tratos: primeiro, o sentido de se notificar e, segundo, a conseqüente distinção entre o ato de denunciar e o ato de notificar. Em relação ao sentido das medidas de proteção, dentre as quais figuram os atos de comunicação das ameaças ou das violações dos direitos da criança e do adolescente, o Estatuto defende, prioritária e preferencialmente, aquelas que “levem em conta as necessidades pedagógicas e visem ao fortalecimento dos laços familiares e comunitários” (LEI 8069/90, ART. 99). Ainda nesta perspectiva, o Eca (BRASIL, 1990) preconiza, verificada as ameaças ou violações, “o encaminhamento aos pais e responsáveis, mediante termos de responsabilidade”, bem como “a orientação, apoio e o acompanhamento temporários” dos mesmos (LEI 8069/90, ART. 101).

Gonçalves e Ferreira (2002), ao analisar a notificação da violência contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde, afirmam que:

A notificação é um poderoso instrumento de política pública, uma vez que ajuda a dimensionar a questão da violência em família, a determinar a necessidade de investimentos em núcleos de vigilância e assistência, e ainda permite o desenvolvimento de pesquisas e o conhecimento da dinâmica

da violência em família. (GONÇALVES E FERREIRA, 2002, p. 316).

Apesar da relevância e legitimidade do referido instrumento, estas autoras confirmam que a subnotificação da violência “é uma realidade no Brasil”; e avançam em uma análise comparativa com a prática da notificação de outros países, onde “o mesmo ocorre”, muito embora as legislações sejam mais antigas e os sistemas de atendimento, mais aprimorados. Estas resistências e esquivas do ato de notificar, observada em contextos tão diversos, sugerem estudos antropológicos acerca de uma possível tendência universalizante de tal comportamento e dos aspectos simbólicos que o sustentaria. O caso norte-americano é detalhado por Gonçalves e Ferreira (2004):

Estudo recente desenvolvido nos Estados Unidos mostra que o percentual de casos de violência contra crianças que chega às agências de proteção varia entre 5% e 17%. A quantificação desse percentual evidencia que os profissionais seguem hesitando em notificar, o que coloca em questão todos os estudos que tomam por base os números de registrados nas agências de proteção norte-americana. [...] Se esse dados põem em cheque o sistema de notificação e as agências americanas, mais antigas e melhor aparelhadas, permitem levantar suspeitas ainda mais sérias no Brasil, onde a notificação é mais recente, menos difundida entre os profissionais. (GONÇALVES e FERREIRA, 2004).

Diferentemente do sentido de notificar preconizado pelo Eca (BRASIL, 1990) e pontuado pelas autoras, as ações relacionadas à notificação dos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes, quando ocorrem, muito possivelmente aquém das necessidades reais, encontram-se embasadas por concepções já ultrapassadas ou superadas, de modo que há uma confusão marcante e corrente entre notificação e denúncia, expressa nas falas, em ambas as instituições. Há casos, inclusive, em que o profissional refere-se à denúncia indiscriminadamente, sem recorrer à notificação em nenhum momento. Além da tônica da notificação como mera denúncia, observou-se, nos discursos e nas práticas, o próprio uso da prerrogativa da notificação como exercício de poder de polícia sobre os pais ou responsáveis, com fins únicos de coação, de repressão ou mesmo de ameaça. Ademais, estes casos estão

absolutamente desvinculados de uma concepção preventiva e integradora do ato de notificar, como medida de proteção.

Se tem uma coisa aqui que as mães morrem de medo é de delegado, de juiz e de Conselho Tutelar. Para aquelas mães que a gente vê maltratando os filhos nos próprios ambulatórios daqui; a gente, às vezes, amedronta e diz: “vou chamar o Conselho Tutelar, hein?!” (ASSISTENTE SOCIAL 2).

Na minha pesquisa também teve um detalhe: por exemplo, muitas vezes o médico [corte], a orientação é que o médico estando num local que tem Conselho Tutelar, você vai notificar o Conselho Tutelar e o Conselho Tutelar vai tomar o resto das providências. Então, por exemplo, pode ter acontecido de alguns exames que eu coloquei lá ter sido trazido pelo Conselho Tutelar, mas o perito, o médico que fez a perícia, não ter sido incluído. Eu inclusive tento colocar nas minhas perícias. Eu coloco: “trazido pelo conselheiro tutelar, nome tal”, porque inclusive a criança não pode estar sozinha, ela tem que estar com um acompanhamento legal. [...] Mas nem todo mundo faz isso. Então, por exemplo, pode ter acontecido alguma perícia de ter tido mais denúncias médicas, mas que no estudo retrospectivo eu não pude ver. Talvez se eu tivesse ajuda do Conselho Tutelar, pegando os mesmos nomes e fazendo um cruzamento, a gente até poderia ter um índice maior de médico que tenha feito uma denúncia e que do que não foi feito. E no interior, quando não tem Conselho Tutelar, o médico deve denunciar diretamente a secretária de Saúde. Acho que aí é mais complicado ainda. É aí que eles não fazem mesmo porque nessa situação eu não peguei nenhum na minha pesquisa. (MÉDICA 1).

Portanto, tais concepções e ações relacionadas à notificação dos casos reafirmam o despreparo profissional de base educacional e cultural, conforme discutido anteriormente. Além disto, elas ainda expressam a desvalorização da informação para fins epidemiológicos e de planejamento, dada a ausência ou desconhecimento da necessidade da prática da notificação compulsória; o medo de envolvimento jurídico, no âmbito da responsabilização; as confusas sobreposições entre notificação e transgressão do princípio ético do sigilo profissional; ou o próprio desconhecimento da obrigatoriedade da notificação por parte do profissional inscrita no Estatuto, fato não raro entre profissionais mais jovens e, mesmo, entre os mais experientes.

Ao pontuar brevemente os possíveis conflitos éticos, é interessante destacar, como trazem Saliba e col. (2007), que os Códigos de Ética das

distintas profissões de saúde fazem alguma menção, direta ou indireta, à necessidade de proteção frente a suspeitas ou confirmação de casos de violência ou maus-tratos. Ferreira e Schramm (2000, p. 659) tornam a discussão em torno das implicações éticas mais densas ao pontuar que a “interferência que proteja a criança, tentando preservar a integridade familiar sempre que possível, é moralmente justificável”.

De volta às questões da informação epidemiológica, cabe ressaltar que o Hospital da Criança tem investido na valorização dos dados. Neste sentido, há iniciativas de um cuidado mais aprimorado, entretanto, sem encontrar respaldo extra-institucional no processamento destas informações, conforme expressa a seguinte colocação:

Outra coisa que eu aprendi também neste trabalho é que nós não devemos complicar a forma de comunicação. O Governo Federal fez um Programa, o Programa Vida ou Viver, alguma coisa assim, que está instalado aqui no Hospital. Eu acho que é um dos poucos hospitais que faz a manutenção dos dados, não é? Na verdade é um banco de dados. Mas o grande defeito deste banco de dados é que não tem o retorno. Nós oferecemos os números e o banco de dados não nos dá retorno nenhum. Nem se o banco está recebendo estes dados, certo? Nem isso eu sei. Nem a manutenção do Programa é feita dentro do Hospital. Quando você instala um Programa, você deve fazer uma manutenção, vim ver como é que anda. Se o computador está indo bem, se tem problema. Nem isso o povo faz. Então a estrutura do Ministério, da Secretaria de Saúde na Bahia, que é o que eu posso falar, então, para este Programa, que ganha outro nome a nível de Secretaria de Saúde, está deixando muito a desejar. Pelo menos, esta é a impressão que eu tenho. Algumas vezes, eu já fui chamada para reunião, e nada aconteceu, nada, nada. Não há retorno, não há troca. E quando você não troca, você não mantém aquele trabalho, certo?! (MÉDICA 2).

Apesar da dificuldade mencionada no relato acima, o Hospital da Criança registra o número de comunicações periodicamente, garantindo a disponibilidade desta informação fundamental, conforme definem Ferreira e Souza (2008, p.36) quando analisam indicadores de avaliação de atendimentos a crianças e adolescentes em situação de violência. Estas autoras, embora problematizando a obrigatoriedade da notificação para 100% dos casos ao situá-la nos contextos dos serviços, ainda recomendam o conhecimento da

“proporção de notificação de casos ao Conselho Tutelar, em especial, aqueles que forem confirmados (para avaliar a integração com a rede)”.

[...] Você tem que manter as comunicações. Agora, você comunica e não sabe se [interrompeu]. Porque na Bahia, quais são os números? Porque como nós somos um Hospital referência, eu acho que um relatório manteria o Hospital mais feliz porque ele contribuiu, ele fez um número de cem comunicados aos setores público, e estes cem foram recebidos, não é?! Pelo menos recebidos porque eu não quero saber quem foi o agressor e o que aconteceu no desfecho do caso, entendeu? Mas eu quero saber se alguém me ouviu. Até o momento, a gente fica satisfeita com a família ouvir a gente, o que já é alguma coisa muito boa, não é? A família ouvir já está satisfazendo a gente. (MÉDICA 2).

A partir desta última colocação, observa-se a devida ênfase às comunicações, em seus valores epidemiológicos e políticos, entretanto evidenciam-se também fragilidades relacionadas à condução dos casos, no sentido dos encaminhamentos e acompanhamentos, a partir de uma perspectiva intersetorial. Quase não se fala em “rede”, na qual os elementos se configuram indissociáveis, mas em “sistema”, onde certamente a “parte que falhou não foi a minha, foi a do outro”. Deste modo, expõem-se aqui as dificuldades e distorções que permeiam as ações de encaminhamento e acompanhamento, dentre as quais se destacam a tendência de delimitação restritiva de competências dos serviços, isto é, de contrariedade da referida perspectiva intersetorial, assim como a descrença na efetividade das ações do universo jurídico, conforme brevemente pontuada no capítulo anterior. Em relação à primeira tendência, é ainda Ferreira e Souza (2008, p. 35) que sinalizam o uso do indicador de proporção de notificações, associado a outro que revele o percentual de casos notificados que foram devidamente acompanhados, como meio de indicar que “o serviço não lançou mão da notificação como uma forma de passar o problema adiante”.

As ações de encaminhamento, por sua vez, têm como referências, especialmente, os Conselhos Tutelares, as Varas Especializadas e o Juizado da Infância e da Adolescência. Estes dois últimos são menos referenciados e, quando o são, comumente estão envolvidos em casos considerados “graves” ou “severos”. Em contrapartida, os Conselhos são as instâncias mais

frequentemente mencionadas nas falas dos profissionais, todavia atrelados a críticas das mais diversas naturezas, desde aquelas relacionadas às condições estruturais e operacionais de funcionamento; à própria escassez do número de Conselhos existentes para o município do porte de Salvador; e ao despreparo e às posturas consideradas inadequadas de alguns Conselheiros Tutelares. De todo modo, percebe-se certa confusão ou mesmo desconhecimento na identificação dos órgãos do sistema de proteção e daqueles do sistema de responsabilização, bem como das suas atribuições básicas.

[...] O Conselho Tutelar é acionado aqui pra tudo, mas falta postura por parte dos conselheiros, e falta conhecimento também. Um dia veio até um deles de lá me desacatar (ASSISTENTE SOCIAL 3).

[...] E tinha um Conselho, que a gente sempre acionava, mas graças a Deus que já foi desativado. Esse era uma vergonha, uma anarquia. Eu não sei nem que providências eram que aquele lugar podia dar. (ASSISTENTE SOCIAL 3).

Ainda em relação aos Conselhos Tutelares, embora procedam certas críticas, sobretudo, acerca das deficiências estruturais e operacionais, as quais encontram respaldos na literatura (COSTA et. al., 2007; CARVALHO, et. al., 2008), há pouca clareza sobre as reais atribuições deste órgão, tão requerido e exigidos nos discursos dos profissionais. Este fato, além de sustentar distorções sobre seus papéis e sua posição dentro da rede de atenção à criança e ao adolescente, fomenta a descrença referida nas instituições e serviços que compõem a rede, especialmente, aquelas voltadas à proteção e à responsabilização, como nos casos dos Conselhos e Juizado.

Teve uma outra barreira que agora me lembro que foi importante vencer que é exatamente isso que você colocou: as barreiras externas não podem empatar a atividade interna. Porque havia um conflito: o médico ficava se perguntando – “por que é que eu vou revelar?” – ou – “por que é que eu vou comunicar se nada vai acontecer?”. Então, vencer esta barreira foi um pouquinho difícil. O método foi isolar o que acontece internamente no Hospital do externo. Então eu boto na cabeça de quem trabalha comigo: que eu não quero saber quem foi o agressor, e eu não quero saber o que é que vai acontecer com o agressor porque isso não é da conta do médico, certo?! Então, nós fazemos a nossa parte. Se alguém falhar neste sistema não vai ser nós, entendeu? Mas eu não sei até quando

isso vai se tornar uma metodologia cansativa porque retorno você não tem. (MÉDICA 2).

[...] Eu acho que a frustração é você saber que nada foi feito. Se a criança morre, digamos assim, “menos mal”. Ela não vai mais lidar com aquilo; é como se não interessasse mais; aí deixa que a justiça toma conta. Mas quando a criança volta pra casa, aquilo me dá uma sensação de, de [interrompeu] porque você não sabe se aquilo vai voltar a acontecer. Fica meio solto. Então não tem o retorno disso. Como está aquela criança tempos depois? Acho que isso é uma coisa importante, até para a gente saber que o trabalho está sendo feito, que aquele direcionamento do trabalho é o ideal. Porque de repente, assim, a gente denuncia ao Conselho Tutelar, mas e aí? Qual o retorno disso? Depois a gente não sabe se surtiu efeito se a criança volta para a casa, para aquele seio familiar onde tudo aconteceu. E, na verdade, o que a gente percebe que a intenção é que ela volte mesmo, não é? Mas é uma coisa que deixa a gente frustrada. (FISIOTERAPEUTA 1).

Estes relatos, portanto, confirmam a resistência da adoção da perspectiva intersectorial e articulada das ações; reforçam claramente a segregação que marcam as concepções e práticas voltadas para “vítimas” e suas famílias “agressoras”; e exprimem as sensações, freqüentes nos discursos, de frustração e de descrença nas agências de atendimento, proteção e responsabilização. A segunda fala, inclusive, expressa tais sensações de forma tão extremada que recorre à morte da criança vitimizada como opção, como dito, “menos mal” em relação às melhorias dos vínculos familiares e a conseqüente permanência das crianças e dos adolescentes em suas famílias, comumente desacreditadas em termos da superação do contexto violento reconhecido pelos profissionais.

### 3.3 Ações de acompanhamento dos casos de maus-tratos

Em relação às ações de acompanhamento dos casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes e de suas famílias pelos serviços, nota-se fragilidade na articulação entre as diversas instituições envolvidas no processo de atendimento, defesa e responsabilização. Tais deficiências de articulação

perpassam desde as dificuldades de comunicação entre as instituições a processos de trabalhos isolados e descontínuos entre as mesmas. Deste modo, as dificuldades de acompanhamento seguem os mesmos padrões daquelas percebidas no conjunto das demais ações desenvolvidas em torno dos casos.

Em 28 anos de experiência aqui no serviço, eu nunca vi um caso se fechar todo. (ASSISTENTE SOCIAL 2).

[...] Não. A gente encaminha ao Conselho, ao Juizado, e a gente não tem retorno, não tem notícia. Aqui no meu andar, pelo menos, de nenhum caso eu tive retorno algum. (ENFERMEIRA 2).

Neste ponto cabe contrapor as dificuldades identificadas até aqui às diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, do Ministério da Saúde (2001), e no caso das ações de acompanhamento, destacando que “uma medida importante será a disponibilidade de equipe interdisciplinar que assegure o apoio médico, psicológico e social necessário a estas vítimas e suas famílias”. Ressalta-se ainda o seguinte trecho:

Em relação à unidade familiar, as medidas estarão voltadas tanto para o reconhecimento quanto para a redução da violência doméstica, envolvendo um conjunto de ações intersetoriais, tendo em conta o caráter multifatorial para a sua determinação, principalmente com as áreas da justiça e da segurança pública. Assim, o desenvolvimento das ações pautar-se-á pela tipificação da violência sofrida, considerando que os comportamentos violentos acontecem num contexto relacional em que os sujeitos estão implicados ora como vítimas ora como sujeitos das agressões e que as pessoas envolvidas nestas situações tendem a repeti-las, perpetuando a cadeia de agressões em que estão inseridas. [...] Serão fundamentais a sensibilização e o incentivo dos profissionais e da população para o reconhecimento de que a violência contra estes segmentos populacionais é potencializadora da violência social em geral. Neste sentido, deverá ser consolidado o entendimento de que é possível modificar a cultura, os comportamentos e as atitudes que a reproduzem. Particularmente quanto às crianças, adolescentes e idosos promover-se-á o cumprimento das Leis 8069/90 e 8842/94, visando a notificação dos maus-tratos em relação a estes segmentos populacionais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

### 3.4 Ações de prevenção dos maus-tratos

A citação da Política utilizada acima enfatiza a importância e a viabilidade das ações preventivas das violências, especialmente, aquelas exeqüíveis pelo setor da saúde. Entretanto, ainda em contraposição às diretrizes, as falas em torno das linhas de ações sobre os maus-tratos contra crianças e adolescentes demonstraram também um teor desacreditado ou mesmo apático em detrimento de posturas mais ativas. Ademais, pouco se ofereceu estratégias preventivas que poderiam vir a ser adotadas pelas instituições em estudo.

Prevenção [risos]?! Não sei [tom baixo]. Não parei pra pensar sobre isso. (RESIDENTE DE MEDICINA 1).

Se for pensar em prevenção aqui, do jeito que as mães são, é difícil. Vai ter que primeiro pensar na educação. É o que eu sempre digo, o que é que se faz sem educação, hein?! (ASSISTENTE SOCIAL 3).

[...] Eu não sei se é muito fácil isto que você está me perguntando. Porque talvez isso fosse uma educação de casa, né? Assim, às vezes, assim, o público que vem pra gente é um público, assim, que você precisa trabalhar muito esta questão da educação, né? Educação doméstica. Então, assim, acho que a gente até procura fazer isso aqui. Reúne, chama a assistente social, chama a psicóloga, faz palestra, orienta, mas é muito a questão social que entra aí, né? É, acredito que é muito a questão da educação social mesmo, sabe? Até outros costumes que eles têm que a gente vê que é educação mesmo. (ENFERMEIRA 1).

[...] Dentro da instituição, aqui especificamente, eu acho complicado porque o nível sócio-econômico é muito baixo; muito baixo mesmo. Então, assim, aqui você fala e a mãe nem sabe que o quê você está falando. Então, a prevenção fica um pouco prejudicada por conta disso, pelo nível intelectual mesmo, né? Mas eu não sei lhe dizer como fazer isso porque isso é uma coisa que acontece dentro de casa, e a gente não vai estar lá. Acho que campanhas mesmo. Todo dia aquela massificação, que nem campanha da paralisia infantil. Então, assim, massificando. Eu acho que uma campanha contra abuso, contra maus-tratos tem que ser uma coisa massificada para ver se entre por osmose pela cabeça [risos]. Em todo o momento, na cabeça, porque se não for assim, eu acho difícil. [...] Então, eu acho complicado. Esta coisa da prevenção é

muito mais complicada do que o processo curativo, no caso. A prevenção é um processo bem mais complicado; e eu fico me perguntando qual é a saída, e não consigo. (FISIOTERAPEUTA 1).

A partir dos relatos observa-se que as ações de prevenção, ainda parcas e insuficientes, são associadas à questão educacional dos sujeitos envolvidos nos contextos de violência, considerada deficitária, em termos de escolaridade, mas também em termos de cognição ou de “nível intelectual”, conforme se reporta a última fala. “Defasagem” educacional esta que, a priori, “complicaria” ou “inviabilizaria” tais ações de prevenção, segundo o teor das colocações. Ainda se verifica que, em uma lógica causal ingênua, os comportamentos violentos ou os “costumes” se expressariam em função das supostas “falta de educação” ou “déficit de cognição”, de modo que as ações preventivas seriam, a priori, supostamente descontextualizadas ou não seriam factíveis nestes contextos. Tal concepção justifica, inclusive, as reações de risos e de descrédito, no meio tom ironizado das colocações. Percebe-se, portanto, certa tendência ao engessamento da prevenção em detrimento dos esforços pedagógicos de adequação de estratégias ao grau de escolaridade da maioria do público atendido.

Outro aspecto que chama a atenção nos discursos refere-se à associação das ações preventivas da violência à tradição campanhista, de cunhos massificante e exaustivo, que marca a história da saúde pública no Brasil. Neste sentido, flagra-se, mais uma vez, a mera analogia do fenômeno complexo da violência aos agravos em saúde eminentemente físicos, a exemplo da paralisia infantil, utilizada no relato. Ou seja, conforme já pontuado por Sarti (2005), seria de se questionar até que ponto a violência realmente não vem sendo tratada como mais uma entidade patológica, uma doença, para a qual caberia a intervenção curativa, de responsabilidade da biomedicina; e, para efeito de alcance coletivo, as famigeradas campanhas de conscientização. Decorre disto, portanto, o apelo a esta estratégia como ação preventiva concreta expressa “coerentemente” e oferecida pelos interlocutores. As demais dimensões do fenômeno que fiquem, portanto, a cargo de outras esferas

setoriais, as quais, inclusive, podem continuar desenvolvendo isolada e competentemente as suas atribuições, conforme sugere o teor dos discursos.

Nesta lógica, destaca-se que o senso de prevenção mostrou-se pouco consolidado, uma vez que as próprias ações de notificação realizadas pelos profissionais não foram ressaltadas dos discursos como um ato preventivo. Ou, em outras palavras, a notificação não foi necessariamente vista como um “instrumento de prevenção, o qual inicia um processo que visa a interromper as atitudes e comportamentos violentos no âmbito da família por parte de qualquer agressor”, conforme como define o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

Em contraste a tal escassez de referências sobre tecnologias para a prevenção por parte dos profissionais, observa-se que há uma relativa produção bibliográfica, crítica e propositiva, no âmbito da Saúde Coletiva particularmente, que aponta para estratégias preventivas e promocionais frente à intervenção sob a violência a partir da assistência à saúde.

Ao reivindicar aqui estratégias de prevenção mais resolutivas em relação a contextos violentos, a serem devidamente acompanhados pelos serviços, recorre-se às recomendações feitas Azevedo e Maia (2006, p. 123), as quais, em primeiro lugar, salientam a necessidade de se respeitar as diferenças de realidades das violências contra crianças e adolescentes, em função das sociedades, das culturas, das regiões, das comunidades, das famílias. Estas autoras avançam em suas contribuições: “a elaboração de um programa de prevenção que se pretende eficaz implica, necessariamente, a implementação de medidas específicas para cada um destes sistemas, procurando-se, para cada um deles, a diminuição dos fatores de risco e o fortalecimento dos fatores protetores”.

Por fim, compreende-se que o setor saúde, especificamente, as instituições sob estudo, encontra-se em posição privilegiada para a detecção de tais fatores, de maneira que, a partir de ações intersetoriais articuladas, possa proceder na redução dos riscos e na potencialização das medidas de proteção dos sujeitos em contexto de violência. Sendo assim, as ações preventivas se descortinam mais como possibilidades viáveis à saúde do que supõem e pretendem os discursos e as práticas analisadas.



#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das representações dos maus-tratos contra crianças e adolescentes por parte dos profissionais de saúde revela dois aspectos fundamentais à sua compreensão: em primeiro, a diversidade e a parcialidade de concepções relacionadas à infância e à adolescência e, a partir delas, as diferentes visões sobre as violências que envolvem estes sujeitos; em segundo, a heterogeneidade e o escasso consenso em torno do conceito dos maus-tratos, o qual se contrapõe à tradição do conhecimento sistematizado no setor saúde, fortemente marcado pela precisão nas definições dos agravos. Sobre este último aspecto, as imprecisões discutidas ainda na revisão teórica deste trabalho se correspondem também aos contextos aqui pesquisados.

No plano das ações, embora iniciativas e avanços sejam identificados, as dificuldades percorrem desde o momento do diagnóstico, do reconhecimento dos casos, às condutas subseqüentes, quais sejam a notificação, o encaminhamento e acompanhamento dos mesmos por parte dos serviços. Dentre estas fragilidades, destacam-se aquelas que comprometem, não apenas a efetividade da intervenção no âmbito dos serviços de saúde, mas todo o desdobramento a partir deles. Sendo assim, a incipiente clareza sobre o sentido da notificação, sobretudo, em seu caráter preventivo; sobre os encaminhamentos institucionais dos casos de maus-tratos atendidos para além dos próprios serviços de saúde; e sobre o acompanhamento dos mesmos representam pontos frágeis para a perspectiva intersetorial e de rede que se cogita como mais adequada e resolutive.

Ainda sobre as ações, as deficiências em torno do acompanhamento expressam os desafios que ainda se impõem na articulação dos diversos segmentos envolvidos na atenção à criança e ao adolescente. Neste ponto, é válido lembrar que, não apenas as instituições de saúde pesquisadas, mas outras importantes instâncias vêm-se apartadas e isoladas no contexto das suas competências, fato que explica as dificuldades de acompanhamento tão ressaltadas nas falas dos profissionais. Em outras palavras, a saúde ainda não se sente plenamente parte da rede de atenção e de proteção à infância e à

adolescência, flagrado este fato na tendência observada de se delegar a problemática dos maus-tratos aos setores tradicionalmente envolvidos com questões de segurança e de responsabilização. Quanto aos demais segmentos, parece se reproduzir a mesma tendência de fragmentação. Sendo assim, escolas, Conselhos Tutelares, Varas Especializadas, Juizado e o próprio Ministério Público, tão fugidio nos discursos, não são compreendidos, e, provavelmente, não se compreendam, como pertencentes a um todo indissociável. A partir deste cenário, a constatação mais radical e desalentadora é de que a violência e, pouco provável, os maus-tratos ainda têm sido entendidos como “caso de polícia”, mesmo porque, os Conselhos, órgãos essenciais, mas não exclusivos, como se costuma confundir, na efetivação dos direitos previstos no Eca (BRASIL,1990), têm sido vistos e, quiçá, se comportado, como delegacias.

Destacam-se também como desafios a serem conquistados o aprimoramento do sistema de informação e das tecnologias de comunicação dentro e entre as instituições, de maneira a sedimentar e qualificar os fluxos de referências e contra-referências para o atendimento dos casos; a adoção de uma perspectiva acolhedora em relação aos familiares, nos contextos de violência doméstica; e o próprio processo de incorporação de amplas melhorias na assistência e atenção previstas pela Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2003).

De volta aos contextos institucionais sob foco, apesar de resistências e dificuldades analisadas, observaram-se nas falas de parte significativa dos profissionais consultados uma maior sensibilização em torno da problemática e disposição de mudanças positivas no atendimento aos casos de maus-tratos, ambas em graus variados em função dos contextos. No Hospital da Criança, embora pesem certas inclinações personalistas, os recursos estruturais e humanos figuram como facilitadores no aprimoramento referido. No CPPHO faltam recursos de todos os níveis, mas sobressaem os esforços e as expectativas de interdisciplinaridade e institucionalização das ações, as quais também favorecem as melhorias na abordagem aos casos. Considerados tais pontos, seguem recomendações possíveis às instituições.



## 5. RECOMENDAÇÕES

A partir deste estudo, as recomendações cabíveis aos serviços abordados despontam em duas perspectivas afins: aquelas que se centram dentro dos mesmos, através de reformulações internas; e aquelas que as transcendem em direção aos espaços de socialização das experiências institucionais. Começamos seguindo a ordem das proposições.

Internamente, sugerem-se algumas estratégias viáveis do ponto de vista da execução, sobretudo, ao considerar que as mesmas exigem mais dos recursos humanos já presentes nas instituições do que aqueles de outra ordem. A primeira das estratégias se refere ao fortalecimento do senso de colaboração no desenvolvimento do processo de trabalho, ou seja, à primazia das decisões e condutas de equipe em detrimento daquelas de caráter individualista. Vale salientar que a mesma sustenta-se no pressuposto de que a abordagem sobre os casos de violência, dada a sua complexidade, torna-se tanto mais coerente e efetiva quanto mais analisada a partir de diferentes visões sobre a questão.

Antes de prosseguir nas estratégias, cabe ressaltar, todavia, que o aprimoramento dos serviços requer que os mesmos reconheçam as dificuldades e as facilidades pré-existentes nestes espaços, especialmente, no que tange às particularidades da intervenção sobre os casos de violência. A qualidade deste reconhecimento, por sua vez, coloca-se dependente do preparo e da sensibilidade dos profissionais de saúde.

A partir desta lógica, outra importante estratégia perpassa a necessidade de formação permanente destes profissionais. Neste ponto, três possibilidades se anunciam exequíveis, a saber: a priori, a própria adoção de uma metodologia de trabalho pautada na cooperação permite um contexto de compartilhamento de habilidades; em segundo, os investimentos na formação continuada podem ser vislumbrados na própria dotação orçamentária das instituições, como bem orienta e respalda a Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001), através de cursos adequáveis à rotina de cada contexto; e, finalmente, as ações de capacitação podem emergir das iniciativas de cooperação interinstitucional,

conforme exemplificado a seguir. Esta última alternativa prevê necessariamente a existência dos referidos espaços de socialização e confluência das instituições e órgãos, dentre os quais se destaca o Grupo de trabalho para Fortalecimento da Rede de Atenção a Crianças e Adolescentes em Situação de Violência em Salvador (GT-CRIAD-SSA).

O GT tem oportunizado, em oito meses de vigência, discussões e trocas entre as instituições ali representadas. Além de se revelar um potencial meio de fortalecimento da articulação, vem socializando tecnologias e avanços, através de oficinas de capacitação, da problematização de casos, de estudo das experiências bem sucedidas de outros municípios, da divulgação de eventos temáticos relevantes, entre outras iniciativas. A exemplo, uma das instâncias envolvidas ofereceu, na última reunião do Grupo, oficina de acolhimento aos profissionais, a acontecer a partir de março do corrente ano. Embora pontuais, ações desta natureza tanto fomentam a formação, quanto estimulam uma cultura de compartilhamento e colaboração entre as instituições públicas envolvidas na atenção à infância e à adolescência.

Ao analisar a perspectiva de rede de prevenção à violência, Njaine e col. (2007, p. 1320) evidenciam aspectos favoráveis que são aqui recomendados e, alguns, já manifestos na configuração do Grupo em questão. Dentre os requisitos, os autores enfatizam a “horizontalidade dos setores; a corresponsabilidade de trabalhos; a divisão de recursos e informações; a capacidade de incorporar novas parcerias”, entre outros. Em contrapartida, apontam também os fatores que mais comprometem tal perspectiva, e que encontram correspondência nos problemas observados em loco, quais sejam as “divergências políticas; os conflitos de papéis entre as entidades; vaidades pessoais; a rotatividade de profissionais que atuam nas instituições”; e mais alguns da ordem das racionalidades.

Neste espaço de convergências, destaca-se ainda a possibilidade de fortalecimento e valorização do papel de cada instância da rede de atenção, de maneira que as ações realizadas sejam reconhecidamente de natureza institucional, em detrimento do cunho pessoal que tradicionalmente as mesmas acumulam. Ademais, o Grupo reverte-se de importância também por representar uma contra-tendência aos vícios de fragmentação e isolamento das instituições, bem como por se confrontar às tendências a considerar os atos

violentos competências exclusivas da segurança pública. Ao contrário, e por isso contemplá-lo como uma importante recomendação, este cenário pode reforçar a responsabilidade da saúde, consideradas as suas potencialidades e posições, na defesa e garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes.

## REFERÊNCIAS

1. ABRAPIA - Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência. **Guia de atuação frente aos maus-tratos**. 1998  
Disponível em: <http://www.abrapia.org.br>. Acesso em 25 out. 2008.
2. ABRAPIA - Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência 2006. **Programa de Redução do Comportamento Agressivo entre Estudantes**. Disponível em: [www.bullying.com.br](http://www.bullying.com.br)  
Acesso em 28 out. 2008.
3. ALVES, A.C.A. Violência oculta na violência visível: a erosão da lei numa ordem injusta. p. 248-9. In: Pinheiro, OS (org.). **São Paulo sem medo: um diagnóstico da violência urbana**. Rio de Janeiro: Garamond, 1998.
4. ANADÓN, M.; MACHADO, PB. **Reflexões teórico-metodológicas sobre as representações sociais**. Salvador: Editora UNEB, 2003, 88p.
5. ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981, 279p.
6. AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Soc.**, v.13, n.3, p. 16-29, 2004.
7. AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. (orgs.) **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. São Paulo: Cortez, 1989.
8. AZEVEDO, M.C e MAIA, A.C. **Maus-tratos à criança**. Lisboa: Climepsi Editores, 2006.
9. BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977, p. 27-46.
10. BAUER, M. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um Manual Prático**. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 189-217.
11. BELIER, I. Du lointain au proche. Réflexions sur le passage d'un terrain exotique au terrain des institutions politiques. In: Ghasarian, C. (ed.) **De l'ethnographie à l'anthropologie reflexive**. Paris: Armand Colin, 2004.
12. BERTOLLI FILHO, C. Antropologia da doença e do doente: percepções e estratégias de vida dos tuberculosos. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, v.6, n.3, 2000.
13. BIRMAN, J. Interpretação e representação na saúde coletiva. **Physis**, v. 1, n, 2, p. 7-22, 1991.

14. BORGES, A. Sobre pessoas e variáveis: etnografia de uma crença política. **Mana**, v. 11, n. 1, 67-93, 2005.
15. BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília. 1990.
16. BRASIL - Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência – Informes Técnicos Institucionais **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n.4, p. 427-430, 2000.
17. BRASIL - Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência**. Portaria nº 737/GM 16 de maio de 2001.
18. BRASIL – Ministério da Saúde. **Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes: um passo a mais na cidadania em saúde**. 2ª ed.rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
19. BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
20. CAMARGO JR., K.R. A biomedicina. **Physis**, v. 15, supl. 2005.
21. CARVALHO, A.C.R.; GARRIDO, L.C.; BARROS, S.G.; ALVES, A.C. Abuso e negligência: estudo na delegacia de repressão aos crimes contra a criança e o adolescente. **Jornal Bras de Odontoped. Odontol. do Bebê**, v. 4, n. 18, p.117-23, 2001.
22. CARVALHO, A.C.R.; GARRIDO, S.B.; ALVES, A.C.; GURGEL, C.A. Maus-tratos: estudo através da perspectiva da Delegacia de Proteção à Criança e o ao Adolescente – Salvador/Ba. **Rev C S Col**, 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva>. Acesso em: 28 nov. 2008.
23. CARVALHO, A.C.R. et al. Maus-tratos infantis e juvenis em foco: como pensam as instituições envolvidas? In: TAPARELLI, G.; NORONHA, C.V. (orgs.) **Vidas em risco: quando a violência e o crime ameaçam o mundo público e privado**. Salvador: Editora Arcádia, 2008.
24. CASTELLS, M. **Fim de Milênio**. Volume III. São Paulo: Paz e Terra, 1999. p. 188-201.
25. CHALMERS, A.F. **O que é ciência afinal?** São Paulo: Brasiliense, 1995.
26. CHAUI, M. Participando do debate sobre mulher e violência. **Perspectivas Antropológicas da Mulher**, v. 4, Rio de Janeiro: Zahar, 1984, p. 23-62.
27. CHAUI, M. Uma ideologia perversa. São Paulo: **Folha de São Paulo, Caderno Mais!** p. 3, 1999, 14 de março.
28. COHN, C. **Antropologia da Criança**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2005, 60p.
29. COSTA, C.O.M. e al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Rev C S Col**, v. 12, n. 5, p. 1129-41, 2007.

30. DALMOLIN, B.M.; LOPES, S.M.B.; VASCONCELLOS, M.P.C. A construção metodológica do campo:etnografia, criatividade e sensibilidade na investigação. **Saúde soc.** v. 11, n. 2, p.19-34, 2002.
31. DEL PRIORE, M. (org.) **História das Crianças no Brasil**. São Paulo: Editora Contexto, 2006. 444p.
32. DELGADO, A.C.C.; MÜLLER, F. Sociologia da infância: pesquisa com crianças. **Educ.Soc.**, v. 26, n. 1, p. 351-60, 2005.
33. DESLANDES, S.F. **Prevenir a violência – um desafio para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES, 1994.
34. DESLANDES, S.F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n. 1, p. 103-107, 1997.
35. [DESLANDES, S.F.](#); [SOUZA, E.R.](#); [MINAYO, M.C.S](#); et al. Caracterização diagnóstica dos serviços que atendem a vítimas de acidentes e violências em cinco capitais brasileiras. **Rev C S Col**, v..11, n.2, p.385-396, 2006.
36. DOUGLAS, M. **Como as instituições pensam**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.
37. FALEIROS, E.T.S; CAMPOS, J.O. **Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes**. Brasília: Unicef, 2000.
38. FALEIROS, V.P. et al. Circuito e curtos-circuitos no atendimento, defesa e responsabilização do abuso sexual contra crianças e adolescentes no Distrito Federal. **Relatório Final de Pesquisa**, 2001. Disponível em: [www.cecria.org.br](http://www.cecria.org.br). Acessado em: 04 fev. 2009.
39. FERREIRA, A.L.; SCHRAMM, F.R. Implicações éticas da violência doméstica contra criança para profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 6, 2000.
40. FERREIRA, A.L.; SOUZA, E.R. Análise de indicadores de avaliação do atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 28-38, 2008.

41. FRASER, N. Democracy, gender and social justice. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2001, mimeo. Citado por: SUAREZ, M; BANDEIRA, L. A politização da violência contra a mulher e o fortalecimento da cidadania. In: BRUSCHINI, C.; UNBEHAUM, S. (orgs.). **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2002, p. 297-320.
42. FREITAS, M.C.; KUHLMANN JR., M. **Os intelectuais na história da infância**. São Paulo: Editora Cortez, 2002.
43. FROTA, A.M.C. Diferentes concepções da infância e da adolescência: a importância da sua historicidade para a sua construção. **Estud. Psiqui. Psicol.**, v. 7, n. 1, p. 144 – 157, 2007.
44. GABEL, M. **Crianças vítimas de abuso sexual**. São Paulo: Summus, 1997.
45. GALLI, J. e VIERO, F. Maus-tratos e trauma infantis: apontamentos úteis à compreensão do problema. In: TAPARELLI, G.; NORONHA, C.V. (orgs.) **Vidas em risco: quando a violência e o crime ameaçam o mundo público e privado**. Salvador: Editora Arcádia, 2008.
46. GARRIDO, E.N.G.; NORONHA, C.V. A inclusão da perspectiva de gênero no PSF: uma estratégia de combate à violência doméstica contra a mulher. In: **Anais do III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**, v. 10, supl.1, p. 222-223, 2005.
47. GOFFMAN, E. Estigma – **Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**, 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988.
48. GOMES, R.; DESLANDES, S.F.; VEIGA, M.M. et al. Por que as crianças são maltratadas? Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p. 707-14, 2002.
49. GOMES, R.; MENDONÇA, E.A.; Pontes, ML. As representações sociais e a experiência da doença. **Rev. Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1207-14, 2002.
50. GONÇALVES, H.S.; FERREIRA, A.L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 315-319, 2002.
51. GONÇALVES, H.S.; FERREIRA, A.L. A notificação da violência contra a criança: considerações práticas e éticas. 2004. Disponível em: **Sociedad Iberoamericana de Información Científica**, <http://www.siicsalud.com/dato>. Acesso em: 28 jan. 2009.
52. GROSSI, P.; YERBA, G. (orgs.). **Violências e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001.
53. HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

54. HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis**, v. 1, n. 2, p. 23-36, 1991.
55. HOLANDA, S.B. **Raízes do Brasil**. 26ª ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
56. JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M.W. Entrevista narrativa. In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um Manual Prático**. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 189-217.
57. LIMA, F.R. Maus-tratos ou tortura? Disponível em: [www.mpdft.gov.br](http://www.mpdft.gov.br) – Jornal de Brasília. Acessado em 22/10/2008.
58. LIMA, C.M.G.; DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; KAKEHASHI, S. Pesquisa etnográfica: iniciando sua compreensão. **Rev. Latino Am. Enfermagem**, v. 4, n. 1, p. 21-30, 2006.
59. LINDSTRÖM, B. O significado da resiliência. **Adolesc. Latino-Americana**, v. 2, p.133-37, 2001.
60. LUBISCO, N.M.; VIEIRA, S.C.; SANTANA, I.V. **Manual de Estilo Acadêmico: monografias, dissertações e teses**. 3ª ed.rev. Salvador: EDUFBA, 2007.
61. KULHMANN JR., M. Uma história da infância: da Idade Média à época contemporânea do ocidente. Resenha. **Cadernos de Pesquisa**, v. 35, n. 125, 2005.
62. MARCUS, G.E. O intercâmbio entre arte e antropologia: como a pesquisa de campo em artes cênicas pode informar a reinvenção da pesquisa de campo em antropologia. **Rev. Antropol.**, v. 47, n. 1, p. 133-58, 2004.
63. MARTINS, C.H.M.A. Síndrome de Maus-tratos na Infância (SMTI). **Net**. 2000. Disponível em: [www.kplus.com.br](http://www.kplus.com.br). Acessado em: 28 out. 2008.
64. MATTA, R.DA. **A casa & a rua – espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.
65. MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-62, 1993.
66. MINAYO, M.C.S. Saúde e doença como expressão cultural. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M.C.G.B. (orgs.) **Saúde, Trabalho e Formação Profissional**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, p. 31-9.
67. MINAYO, M.C.S. et al. Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 8, n. 1, p. 97-107, 2003.

68. MINAYO, M.C.S. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 646-47, Jun, 2004.
69. MINAYO, M.C.S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.
70. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.
71. MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social**. 5ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
72. MUNIZ, J. e PROENÇA JR., D. Ameaça da proteção. 2008. **Net**. Disponível em: [www.estudosdeseguranca.blogspot.com](http://www.estudosdeseguranca.blogspot.com). Acesso em: 10 out. 2008.
73. NADER, G. **Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2005.
74. NEPOMUCENO, V. O mau-trato infantil e o Estatuto da Criança e do Adolescente: os caminhos da prevenção, da proteção e da responsabilização. In: SILVA, L.M.P. (org.). **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Recife: EDUPE, 2002.
75. NJAINE, K. et al. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. **R C S Col.**, v. 11, sup., 2007.
76. NORONHA, C.V. et al. Violência e cuidados de saúde: reconhecer e agir em relação a riscos e danos. **Anais do III Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**, v. 10, supl.1, 2005.
77. OSID. **Obras Sociais Irmã Dulce**. Disponível em: [www.irmadulce.org.br](http://www.irmadulce.org.br). Acessado em: 15 dez. 2008.
78. PALÁCIOS, M.; REGO, S. Bullying: mais uma nova epidemia invisível? **Rev. Bras Educ Médica**, v. 30, n. 1, editorial, p. 3-5, 2006.
79. PERES, F. e ROSENBERG, C.P. Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da Saúde Pública. **Rev. Saude e Soc.** v.7, n. 1, p. 53-86, 1998.
80. POSTMAN, N. **O desaparecimento da infância**. Rio de Janeiro: Graphia, 2005.
81. QUINTANA, M. Para levar a infância a serio. In: Vassalo, M. (org.) **Para viver com poesia**. São Paulo: Globo, 2008.
82. RANGEL-S, M.L. Comunicação no controle de risco à saúde e segurança na sociedade contemporânea: uma abordagem interdisciplinar. **Rev. C. S. Col**, v. 12, n. 5, 2007.
83. RAVAZZOLA, M.C. **Historias infames: los maltratos en las relaciones**. Buenos Aires/México/Barcelona. Paidós Terapia Familiar, 1997.

84. REIS, A.O.A.; ZIONI, F. O lugar do feminino na construção do conceito de adolescência. **Rev.Saúde Pública**, v. 27, n. 6, p. 472-7, 1993.
85. ROSA, M.E.; TASSARA, E.T.O. Violência contra crianças e o discurso jurídico. **Temas em Psicol da SBP**, v. 11, n. 1, p. 46-60, 2003.
86. ROSA, M.E.; TASSARA, E.T.O. Violência, ética e direito: implicações para o reconhecimento da violência doméstica contra as crianças. **Psicol. cienc. prof.**, v.24, n. 3, p.34-9, 2004.
87. SALIBA, O. et al. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 3, 2007.
88. SARTI, C.A. O atendimento de emergência a corpos feridos por atos violentos. **Physis**, v. 15, n. 1, p. 107-127, 2005.
89. SCHARAIBER, L.M., D'OLIVEIRA, A.F.P.L, COUTO, M.P. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. especial, 2006.
90. SIROTA, R. Emergência de uma sociologia da infância: evolução do objeto e do olhar. **Cad. Pesq.**, v. 112, p. 7-31, 2001.
91. SPINK, M.J.P. **Representações sociais e saúde – práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis - RJ: Editora Vozes, 2003, 339p.
92. SOARES, B.M. Notas sobre a violência intrafamiliar. **Arché Interdisciplinar**, v. 18, p. 87-101, 1997.
93. SBP/ CLAVES-ENSP-FIOCRUZ/ MJ. Sociedade Brasileira de Pediatria/ Centro Latino – Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli – Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz/ Ministério da Justiça - **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência**, Rio de Janeiro: Assessoria de Comunicação da Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP; 2001.
94. SUAREZ, M.; BANDEIRA, L. A politização da violência contra a mulher e o fortalecimento da cidadania. In: BRUSCHINI, C.; UNBEHAUM, S. (orgs.). **Gênero, democracia e sociedade brasileira**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2002, p. 297-320.
95. VIEIRA, A.R.; MODESTO, A.; ABREU, V.I. Avaliação dos casos de abuso infantil do Hospital Municipal Souza Aguiar (Rio de Janeiro) e sua relação com o cirurgião-dentista. **Ped. Atual**, v. 11, n. 1, p. 21-32, 1998.
96. VIODRES INOUE, S.R.; RISTUM, M. **Violência sexual contra a criança: significações e estratégias de enfrentamento adotadas pelas mães**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Salvador, 2007.

97. ZALUAR, A. Teoria e prática do trabalho de campo: alguns problemas. In: CARDOSO, R. (Org.) **A Aventura Antropológica** – Teoria e Pesquisa. 2ª ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1988.

## ANEXO

## ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

---

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**LABORATÓRIO DE ESTUDOS EM VIOLÊNCIA E SAÚDE**

Instituição: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Identificação: \_\_\_\_\_ Ano de Admissão: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) F ( ) M Idade: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_

Ano de formação: \_\_\_\_\_ Pós-graduação: \_\_\_\_\_

Grupo étnico: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Filhos: ( ) Sim ( ) Não

1. COMENTE SOBRE SUA EXPERIÊNCIA EM ATENDIMENTOS DE **CASOS CONFIRMADOS** DE MAUS-TRATOS NO(S) SERVIÇO(S) DE SAÚDE ONDE ATUA OU ATUOU.
  
2. COMENTE SOBRE SUA EXPERIÊNCIA EM ATENDIMENTOS DE **CASOS SUSPEITOS** DE MAUS-TRATOS NO(S) SERVIÇO(S) DE SAÚDE ONDE ATUA OU ATUOU. DETALHE OS ÍNDÍCIOS QUE GUIARAM A SUA **SUSPEITA**.
  
3. COMO PODERIA AVALIAR A FREQUÊNCIA DE CASO(S) ATENDIDO(S) NOS ÚLTIMOS DOIS ANOS? PODERIA COMENTAR SUA EXPERIÊNCIA?
  
4. A PARTIR DA CONFIRMAÇÃO (OU SUSPEITA), QUAIS PROVIDÊNCIAS FORAM TOMADAS POR VOCÊ? E PELA INSTITUIÇÃO?
  
5. O QUE PENSA SOBRE A NOTIFICAÇÃO DOS CASOS OU SUSPEITAS DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES POR PARTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE?
  
6. EM CASOS E/OU SUSPEITAS, HÁ ENCAMINHAMENTO DOS MESMOS ÀS INSTITUIÇÕES DE PROTEÇÃO À INFÂNCIA E À ADOLESCÊNCIA? PODERIA CITÁ-LAS?

7. AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES, BEM COMO SUAS FAMÍLIAS, RECEBEM ALGUM TIPO DE ACOMPANHAMENTO A PARTIR DO ATENDIMENTO PRESTADO NESTA INSTITUIÇÃO?
8. EXECUTA OU ACREDITA SEREM EXEQÜÍVEIS AÇÕES PREVENTIVAS DE EVENTOS DE MAUS-TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES A PARTIR DESTA INSTITUIÇÃO?
9. O QUE PENSA SOBRE O PROBLEMA DOS MAUS-TRATOS CONTRA AS CRIANÇAS E OS ADOLESCENTES? (QUAL A SUA VISÃO?)
10. O QUE PENSA SOBRE O PAPEL QUE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ASSUMEM OU DEVERIAM ASSUMIR DIANTE DOS MAUS-TRATOS?
11. COMO VOCÊ AVALIARIA A ABORDAGEM DO TEMA DA SUA FORMAÇÃO ACADÊMICA OU NA FORMAÇÃO ACADÊMICA DA SUA PROFISSÃO DE UM MODO GERAL?
12. HÁ ALGO QUE QUEIRA FALAR SOBRE O TEMA QUE NÃO TENHA SIDO QUESTIONADO?

## ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

---

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**  
**LABORATÓRIO DE ESTUDOS EM VIOLÊNCIA E SAÚDE**

Instituição: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

1. SALA DE ESPERA:

Presença de crianças acompanhadas?  
Quem as acompanha?  
Dados sócio-demográficos das crianças e acompanhantes.  
Comportamentos e diálogos dos sujeitos.  
Interação profissional/acompanhante/criança.  
Intercorrências e acontecimentos inusitados relevantes.

2. ESPAÇOS DE CONVIVÊNCIA DE PROFISSIONAIS:

Presença de profissionais?  
Dados sócio-demográficos dos profissionais presentes.  
Comportamentos e diálogos dos sujeitos.  
Intercorrências e acontecimentos inusitados relevantes.

3. SALA RECREATIVA:

Presença de crianças em atividades?  
Presença de acompanhantes?  
Comportamentos e diálogos dos sujeitos.  
Interação profissional/acompanhante/criança.  
Intercorrências e acontecimentos inusitados relevantes.

4. PRONTO-ATENDIMENTO/ENFERMARIAS:

Atividades rotineiras.  
Comportamentos e diálogos dos sujeitos.  
Interação profissional/acompanhante/criança.  
Intercorrências e acontecimentos inusitados relevantes.

---