



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**

**PROGRAMA MULTI-INSTITUCIONAL DE PÓS-  
GRADUAÇÃO EM SAÚDE, SOCIEDADE E ENDEMIAS NA  
AMAZÔNIA**

**RELATOS EMERGENTES E URGENTES -  
OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL PÚBLICO  
INFANTIL DIANTE DOS MAUS-TRATOS A CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES EM MANAUS**

**SELMA DE JESUS COBRA**

Manaus  
2009

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**

**PROGRAMA MULTI-INSTITUCIONAL DE PÓS-  
GRADUAÇÃO EM SAÚDE, SOCIEDADE E  
ENDEMIAS NA AMAZÔNIA**

**SELMA DE JESUS COBRA**

**RELATOS EMERGENTES E URGENTES -OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
DE UM HOSPITAL PÚBLICO INFANTIL DIANTE DOS MAUS-TRATOS A  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM MANAUS**

Dissertação apresentada ao Programa Multi-Institucional de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração Dinâmica dos agravos e das doenças prevalentes na Amazônia.

**ORIENTADOR: Prof. Dr. DAVID LOPES NETO**

Manaus

2009

Ficha Catalográfica  
(Catalogação realizada pela Biblioteca Central da UFAM)

Cobra, Selma de Jesus

C657r      Relatos emergentes e urgentes - os profissionais de saúde de um hospital público infantil diante dos maus-tratos a crianças e adolescentes em Manaus / Selma de Jesus Cobra. - Manaus: UFAM/FIOCRU/UFPA, 2009.

114 f.; il. color.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade Federal do Amazonas/FIOCRU/UFPA, 2009.

Orientador: Prof. Dr. David Lopes Neto

1. Crianças - Maus-tratos – Amazonas 2. Adolescentes – Maus - tratos – Amazonas 3. Profissionais de saúde I. Lopes, Neto David II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

CDU 343.62(811)(043.3)

SELMA DE JESUS COBRA

RELATOS EMERGENTES E URGENTES -OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE  
DE UM HOSPITAL PÚBLICO INFANTIL DIANTE DOS MAUS-TRATOS A  
CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM MANAUS

Dissertação apresentada ao Programa Multi-  
Institucional de Pós-Graduação em Saúde,  
Sociedade e Endemias na Amazônia, como  
requisito parcial para a obtenção do título de  
Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração  
Dinâmica dos agravos e das doenças prevalentes  
na Amazônia.

Aprovada em 22 de junho de 2009

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. David Lopes Neto, Presidente.  
Universidade Federal do Amazonas

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Iolete Ribeiro da Silva, Membro.  
Universidade Federal do Amazonas

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria Alice D'Ávila Becker.  
Universidade Federal do Amazonas

*Aos meus filhos Gabriela e Thiago fonte de inspiração,  
luz, alegria e amor na vivência do materno.*

*Aos irmãos Eliane e Renato, cúmplices e companheiros  
de uma infância cheia de aventuras, travessuras e  
sapecagens.*

*Aos sobrinhos: Pedro, Daniel, Nicolas, Igor, Luiza,  
Bruna e Luiz Henrique, o revisitar do lúdico em tempos  
de corpo grande.*

*A todas as crianças que buscam a expressão do seu  
existir cidadão.*

## AGRADECIMENTOS

A Deus pelas oportunidades e força para persistir.

Ao meu orientador Prof. Dr. David Lopes Neto, grande profissional e amigo, que com carinho aceitou a tarefa de orientar-me nessa busca de conhecimentos, socializando o seu saber.

À FAPEAM, por ter me concedido o privilégio de ser bolsista e desta forma ter me amparado e garantido as horas de trabalho no mestrado com maior estabilidade econômica.

Aos meus pais, pelo amor e apoio incondicional. À minha mãe, Eloenne, por sua solidariedade e espiritualidade. Ao meu pai, Renato (*in memoriam*), por sua sabedoria e vivacidade.

À Gabriela e Thiago, pela paciência e imenso carinho com que souberam suportar o tempo que a dissertação nos roubava.

A André Muggiati companheiro de longa data, pelos momentos de apoio e carinho.

À Prof<sup>ª</sup> Dr.<sup>a</sup> Evelyne, profissional e querida amiga, que com muita disponibilidade, mostrou-me novos olhares acerca da produção científica, mas principalmente pelo grande apoio e incentivo que sua amizade pode me ofertar.

À Prof<sup>ª</sup> Mestre Elenara, querida amiga e companheira de trajetória profissional, agradeço por poder compartilhar as dúvidas, angústias, sofrimentos e também as alegrias da experiência de elaboração de uma dissertação, mas agradeço, sobretudo, pela experiência da fraternidade.

Às Prof<sup>ª</sup>s Dr.<sup>as</sup> Iolete Ribeiro e Maria Alice Becker, pela leitura cuidadosa do trabalho no Exame de Qualificação e por suas valiosas contribuições.

À Prof<sup>ª</sup> Ana Maria Derzi que acreditou no meu trabalho e me incluiu nas pesquisas do NEIREGAM, espaço de grande aprendizagem, onde pude dividir experiências riquíssimas com os mestres e doutos: Francisca, Arminda, Thomé, Paulo, Aurora, Melita e Cláudia.

Às Prof<sup>ª</sup>s Dr.<sup>as</sup> Denise Gutierrez e Kátia Lenz, pelo carinho e amizade e principalmente pelo grande incentivo no começo dessa empreitada.

Agradeço aos colegas de mestrado, pelo companheirismo e o compartilhar das idéias durante o cumprimento das disciplinas, principalmente à Maria Alex Sandra pelos incentivos e pela cumplicidade, a, Gustavo, Lorena, Maurício e Loyana pela possibilidade da grupalidade.

A todos os trabalhadores do HPSC-ZO, local da pesquisa, à sua equipe e direção que tão bem me acolheram, em especial aos profissionais da pesquisa por dividirem suas experiências comigo, ao técnico Ademar e a Giovana a minha eterna gratidão.

Ao Conselheiro Tutelar da Zona Oeste Nilson Mattos pela disponibilidade ímpar para o diálogo e por compartilhar sua experiência e dados já tecendo e fortalecendo os laços da rede de proteção a crianças e adolescentes em Manaus

A Elaíse, Técnica do Programa VIVA/Prefeitura de Manaus, pela confiança em me fornecer os dados estatísticos fruto do seu trabalho, todo o meu reconhecimento.

À Estela e Joelma, amigas de sempre, pelo amor fraterno que nos une.

As tias Sonia e Yria pelo carinho e apoio inabalável, minha eterna gratidão.

A Luiz Fernando Carrijo, por cuidar de mim, me ajudando a ter acesso à minha subjetividade.

A todos os colegas - professores e demais trabalhadores, do CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS E MARIA DEANE / FIOCRUZ, pelo estímulo, interesse e apoio ao meu trabalho e garantia das condições materiais para a realização deste Mestrado.

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo, analisar como a demanda dos maus-tratos à criança e ao adolescente afeta o processo de trabalho dos profissionais de saúde na produção da assistência, na produção de registro e na conformação de uma identidade profissional. O desenho metodológico utilizado é de uma abordagem qualitativa em pesquisa social, um estudo de caso, por meio de entrevistas e levantamento das ocorrências dos casos registrados na instituição e no município, sendo o campo de estudo um serviço de pronto atendimento infantil num Hospital Público de Manaus. A análise dos dados foi baseada nos princípios do método de análise de conteúdo, de Bardin (1977). A partir da análise, foram desenvolvidas as categorias: definições do tema pelos profissionais, tipos de maus-tratos conhecidos, estratégias apresentadas na identificação dos casos, marcas dos maus-tratos nos profissionais da saúde, percursos dos casos na Unidade de Saúde segundo os profissionais, barreiras nomeadas e enfrentadas no manejo dos casos, encaminhamentos e monitoramentos realizados pela unidade, formação dos profissionais, conhecimento do ECA e repercussões na ainda utópica proteção integral. Os resultados analisados apontam para uma sub-notificação, pouco encaminhamento e nenhum monitoramento dos casos de maus-tratos, que podem ser reflexos de pouca capacitação dos profissionais em identificar os casos, expressa por 100% dos entrevistados que reconheceram serem insuficientes os seus conhecimentos a respeito do ECA, e apresentaram uma descrença na resolução dos casos pelas instâncias da responsabilização, bem como a quase inexistência de políticas públicas e serviços de suporte psicossocial para encaminhar os casos encontrados, contribuindo ainda mais no aumento do nível de estresse vivenciado pelos profissionais na unidade estudada.

**Palavras Chaves:** Maus-tratos; Criança; Adolescente; Profissionais de Saúde; Assistência.

## **ABSTRACT**

This study had as objective the analysis of how the demands of violence against children and teenagers affect the working process of health sector professionals: in the process of assistance, in the production of registers and in the formation of a professional identity. The methodology design used involves a qualitative approach in social research, with a case study through interviews and official registers in the target institution and the municipality. The study was conducted in a public hospital in Manaus. The data analysis was based on Bardin's (1977) content analysis methodology, developing the categories: definitions of the subject by the professionals, types of violence acknowledged, strategies presented for cases identification, violence impacts on health sector professionals, the follow up to the cases in the Health Institution according to the professionals, the difficulties identified and challenged in the management of cases, the directing to other institutions and its follow up by the Health institution, the formation of professionals and their knowledge of the ECA (Child and Teenager Estatute) and repercussion in the still dreamed integral assistance. The results showed under-notification of cases, little follow up and no monitoring of the cases of violence, which could be the reflex of the lack of training of professionals, recognized by 100% of the interviewees, who recognized having non-sufficient knowledge about the ECA, no belief in a solution for the cases with the accountability of those responsible and almost non-existent public policies for social and psychological support to follow up the identified cases, adding up to the constant stress faced by these professionals.

**Key words:** Health-care professionals, Maltreatment, Children, Teenagers

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

**ABRAPIA-** Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção a Infância e a Adolescência.

**CAIC-** Centro de Atenção Integral à Criança

**CAPS-** Centro de Atenção Psicossocial

**CAPSi-** Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil

**CCIH-** Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

**CEDECA-** Centro de Defesa da Criança e do Adolescente

**CNSS-** Conselho Nacional de Serviço Social

**CONANDA-** Conselho Nacional da Criança e do Adolescente

**CNRVV -** Centro de Referências das Vítimas da Violência do Instituto Sedes Sapientiae

**CMDCA-** Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente

**DNC-** Departamento Nacional da Criança

**DATASUS-** Banco de dados do Sistema SUS

**DPCA-** Defensoria Pública para a Criança e Adolescente

**ECA -** Estatuto da Criança e do Adolescente

**FEBEM-** Fundação Estadual para o Bem-Estar da Criança

**FIOCRUZ-** Fundação Oswaldo Cruz

**FUNABEM-** Fundação Nacional para o Bem-Estar da Criança

**HPSC-ZO-** Hospital e Pronto Socorro da Criança da Zona Oeste

**IBGE-** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**LBA-** Legião Brasileira de Assistência

**MDS-** Ministério de Desenvolvimento Social

**MOCOCI-** Movimento Comunitário pela Cidadania

**MP-** Ministério Público

**MS-** Ministério da Saúde

**ONU-** Organização das Nações Unidas

**OPAS-** Organização Pan-Americana de Saúde

**PAM-** Posto de Assistência Médica

**PAIR-** Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto- Juvenil no Território Brasileiro

**PETI-** Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

**PNAD-** Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios

**SADT-** Serviço de Apoio Diagnóstico e Terapêutica

**SAM-** Serviço de Assistência ao Menor

**SAME-** Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

**SAVAS-** Serviço de Atendimento às Vítimas de Agressão Sexual

**SEMINF-** Secretaria Municipal de Infra-estrutura

**SETRAB-** Secretaria do Estado do Trabalho e Renda

**SPA-** Serviços de Pronto Atendimento

**SGD-** Sistema de Garantia de Direitos

**SUS-** Sistema Único de Saúde

**SUSAM-** Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas

**TRO-** Terapia de Re-hidratação Oral

**UFAM-** Universidade Federal do Amazonas

**UFPA-** Universidade Federal do Pará

**UNICEF** – Fundo das Nações Unidas para a Infância

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1:</b> Capacidade instalada dos serviços de Assistência Hospitalar e Ambulatorial: Leitos e Especialidades no HPSC-ZO;	89
<b>TABELA 2:</b> Quantitativo e destinação dos leitos no HPSC-ZO;	92
<b>TABELA 3:</b> Estatística anual de atendimentos por especialidades: médicas e enfermagem	94
<b>TABELA 4:</b> Estatística Anual de Internação por Faixa Etária/ 2008/HPSC-ZO;	95
<b>TABELA 5:</b> Descrição dos casos de agravo em ordem decrescente / 2008/ HPSC-ZO;	96
<b>TABELA 6:</b> Estatística Anual e Mensal de Atendimento por Zona Urbana e Município/ 2008/ HPSC-ZO;	97
<b>TABELA 7:</b> Prevalência de causas externas atendidas pelo HPSC-ZO / 2008;	98
<b>TABELA 8:</b> Estatística do Serviço Social dos casos notificados HPSC-ZO/2008;	99
<b>TABELA 9:</b> Heterônimos: Categoria Profissional & Personagens;	106
<b>TABELA 10:</b> Total de casos notificados de maus-tratos/ 2006 a 2008/criança e Adolescentes. Viva/ Manaus;	111
<b>TABELA 11:</b> Meios de Agressão dos maus-tratos/ 2006 a 2008/ Crianças e Adolescentes/Manaus;	112
<b>TABELA 12:</b> Tipos de maus-tratos/2006 a 2008/ Crianças e Adolescentes/ VIVA/Manaus;	113

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1:</b> Diagrama da Violência;	68
<b>FIGURA 2-</b> Quadro de pessoal & regimes de trabalho na Unidade HPSC-ZO	91
<b>FIGURA 3:</b> Quadro demonstrativo do número de casos de maus-tratos denunciados por Zona Distrital ao Conselho Tutelar por Zona/ 2008;	114

## SUMÁRIO

<b>1. Introdução</b>	16
<b>2. Objetivo</b>	21
2.1- Geral	21
2.2- Específicos	21
<b>3. Revisão da Literatura</b>	22
3.1- As concepções de criança e do adolescer ao longo dos tempos	24
3.2- Marco legal: em busca da cidadania infanto-juvenil	32
3.3- Os desafios da Intersetorialidade e Proteção Integral a criança e adolescentes	44
3.4- A grande e pequena angular das definições e dos tipos de maus-tratos contra a criança e adolescente	56
3.5- Serviços de Saúde: lugar privilegiado na identificação dos casos?	69
3.6- A Urgência /Emergência Pediátrica e os Profissionais de Saúde	71
<b>4. Cartografia Metodológica</b>	84
4.1- Pesquisa qualitativa em saúde	85
4.2- Caracterização do local pesquisado	87
4.3- População estudada	100
4.4- Elaboração dos instrumentos e coleta de dados	101
4.5- Análise de dados	101
4.6- Considerações éticas	102

<b>5. Percursos alcançados nos resultados trabalhado</b>	107
5.1- Reconhecendo o terreno: dados e definições acerca dos maus-tratos	
pela atuação profissional	110
5.1.1- Domínio das definições do tema	117
5.1.2- Os tipos de maus-tratos mais reconhecidos	125
<b>5.2- Interação com o objeto individual e grupal: possíveis significados individuais e da equipe, das interações, conflitos e obstáculos nestes fazeres</b>	137
5.2.1- Estratégias apresentadas na identificação dos casos	139
5.2.2- O percurso dos casos na Unidade de Saúde	149
5.2.3- Barreiras enfrentadas no manejo dos casos	154
5.2.4- As marcas dos maus-tratos nos profissionais da saúde	162
<b>5.3- A bagagem: competências desenvolvidas na trajetória</b>	172
5.3.1- A formação dos profissionais diante dos maus-tratos	173
5.3.2- Conhecimento do Estatuto de Crianças e do Adolescentes	180
<b>5.4- Revisitar: a constatação da descrença na proteção integral para os casos de maus-tratos</b>	184
<b>6. Breves considerações</b>	190
<b>7. Referências</b>	194
<b>8. Anexos</b>	203
8.1- Guia das trilhas da Pesquisa	203
8.2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	204
8.3- Pseudônimos dos informantes e suas histórias maltratadas	205

## **1-Introdução**

Vem crescendo o interesse do setor de saúde em pensar a respeito da violência no Brasil. Segundo Minayo e Souza (1999) isso se deve à ampliação da consciência do valor da vida e dos direitos de cidadania e a transição epidemiológica nacional, essa última apontando para a violência como causa importante de morbi-mortalidade.

O setor de saúde foi considerado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2003) como sendo a encruzilhada para onde convergem todas as conseqüências da violência. Desde o final do século passado, os estudos oriundos do setor de saúde têm se somado aos de segurança pública no país, revelando, então, como estava escondida de todos a violência praticada contra crianças e adolescentes, constituindo-se em maus-tratos.

Os maus-tratos contra crianças e adolescentes são um fenômeno biopsicossocial que se definem a partir das relações de forças em uma determinada sociedade, sendo objeto de investigações e considerados um dos agravos epidêmicos de “causas externas”, portanto, um grande problema de saúde pública da atualidade.

Os estudos nos últimos anos avançaram para uma maior compreensão do fenômeno em si, na desmistificação do pátrio poder e dos maus-tratos como questão de cunho privado e passou a questionar a família, a sociedade e a própria União, de seus poderes normatizadores e punitivos. Em nome dos Direitos Humanos, vem considerando-se a primazia da proteção da criança e do adolescente, bem como a sua participação em seu crescimento e desenvolvimento, fortalecendo então a sociedade para a busca de uma maior cidadania.

Desta forma, tem aumentado a necessidade da ampliação dos conceitos pré-estabelecidos ligados ao tema, bem como da construção de novas estratégias para o enfrentamento desta demanda, que corrobore com os fundamentos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1989).

No Brasil, a produção destes conhecimentos sobre a violência intra e extra-familiar vem favorecendo e fortalecendo a criação, em todo território nacional, de políticas e serviços públicos, que possam permitir maior notificação e clarificação deste fenômeno. Apesar de ampla bibliografia sobre o tema, são ainda escassos os trabalhos que delimitem o fazer regional da realidade em questão, mas não menos recorrente a incidência de casos em Manaus.

O Núcleo de Acidentes & Violência e Promoção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Manaus criou, em 2006, um banco de dados sobre acidentes e violência; e no segundo semestre deste mesmo ano, foram detectados 146 casos de todo tipo de violência, em todas as faixas etárias. Nos anos seguintes essa ocorrência notificada nos serviços de saúde do município de Manaus aumentou consideravelmente, subindo para 690 casos em 2007, e 817 em 2008.

Mesmo com os números estatísticos em ascensão quanto à sua incidência, é notória a precariedade de investimentos dos setores públicos em pesquisa e capacitação dos profissionais de saúde, bem como dos serviços organizados para a sua assistência, construídos com muita instabilidade e pouca efetividade.

O serviço de emergência nos hospitais tem sido a principal porta de entrada das vítimas de maus-tratos, principalmente por ser um espaço que recebe os casos de natureza aguda quanto as lesões, por ainda existir uma enorme carência da assistência primária no município, por estar próximo ao local de moradia e por funcionar 24horas, todos os dias. Segundo Ferreira (2002), os profissionais desse setor necessitam de habilidades para reconhecer e diagnosticar a violência, entender suas conseqüências e manejá-las adequadamente, porém é comum encontrarmos uma carência de informações e pouca capacitação destes profissionais na prática cotidiana, o que pode vir a refletir em sub-

notificações pelo setor saúde, ilustrados pelo cruzamento dos dados estatísticos encontrados pela vigilância epidemiológica em detrimento as dos outros setores nos municípios.

Saber avaliar traumas físicos e emocionais reflexos da violência a partir de uma visão integral pode auxiliar na detecção dos pacientes que apresentam seqüelas decorrentes de violência, sem estigmatizá-los por apresentarem esses problemas ou mesmo nas dúvidas quanto ao proceder dos encaminhamentos e monitoramento dos casos. Na maioria das instituições de saúde brasileiras, não existem profissionais com uma formação em direitos humanos e voltados para o atendimento de vítimas de maus-tratos.

Portanto, a atuação profissional que vise proteção integral destas crianças pelos profissionais se dá na maioria das vezes, em atos isolados nas equipes de saúde, e com uma supervalorização da responsabilidade destes mesmos profissionais, por não querem compactuar com o '*status quo*', e por conta própria, se prontificam a acompanhar a trajetória desta criança maltratada e sua família. Tarefa árdua para quem não contou com a temática de direitos humanos na sua formação profissional, ao procurar atender às demandas clínicas e orientar para a solução de questões sociais e legais que possam surgir após a suspeita de vitimização.

Importante também ressaltar que a dinâmica de atendimento na emergência, com demanda além da disponibilidade de profissionais e exigência de atitudes imediatas após rápidas avaliações, configura uma situação de saturação que dificulta o desenvolvimento de algumas ações de modo mais adequado. Sensibilizar e capacitar os profissionais constantemente, criar rotinas que facilitem o atendimento, e articular referências têm sido considerados aspectos essenciais ao bom desempenho na emergência.

Esta demanda tende a despertar nos profissionais da equipe de saúde, dúvidas de como melhor proceder, tanto no manejo dos cuidados diretos com o paciente em questão, como principalmente, na sua relação com a família e/ ou responsável pela vítima, e clareza de

como e quando notificar tais atos, nos desdobramentos e acompanhamento dos casos, pelas redes de proteção organizadas. Para conhecer esta realidade e poder contribuir para uma melhor abordagem na assistência aos maus-tratos contra a criança e o adolescente procurou-se identificar posturas profissionais e entraves nas várias etapas da abordagem do tema em questão. Por se tratar de um tema importante e atual na assistência à saúde deve-se buscar minimizar as oportunidades perdidas, no que se refere à detecção de situações latentes ou patentes nos maus-tratos à criança e adolescente.

O pressuposto norteador para a abordagem dos maus-tratos nesta pesquisa foi o de caráter complexo, mostrando que na realidade os limites dados pela lógica deste real, não é tão simples, já que a violência perpassa os diferentes setores das classes sociais, ocorrendo entre ricos e pobres e, muitas vezes, reincidente em pessoas ou grupos que tiveram suas vidas marcadas por maus-tratos e agressões cotidianas. Sendo assim, o possível controle desta epidemia ainda se constitui como um desafio singular para o campo da Saúde Pública.

A criação de programas ou políticas públicas voltados para a atuação do setor de Saúde Pública diante da violência necessita incorporar a dimensão dos sujeitos que a vivenciam. Para tanto, é preciso analisar esse objeto, a partir da imersão no cotidiano dos sujeitos e organizações, em determinadas lógicas: políticas, administrativas, culturais, individuais, bem como nas regras sociais que a banalizam.

O presente estudo também poderá vir a contribuir para a consolidação de propostas de políticas sociais de enfrentamento dos maus-tratos, buscando ser construída a partir da incorporação dos conhecimentos que resgatem a inter-subjetividade e que valorizem a dimensão da alteridade.

Desta forma, poder-se-á partir dos resultados deste estudo para a construção de instrumentos que visem minimizar os gargalos da assistência e o aprimoramento de rotinas nesses serviços, tanto para a assistência a vítima e seu contexto familiar, quanto para a

capacitação da equipe de saúde nas estratégias adotadas para o manejo e prevenção desta endemia, permitindo assim, um maior rastreamento de ocorrências de casos, conferindo maior qualidade à assistência à saúde da criança e adolescente vitimizados por maus-tratos.

## **2- Objetivos**

**2.1- Geral:** Analisar como a demanda dos maus-tratos à criança e ao adolescente afeta o processo de trabalho dos profissionais de saúde na produção e assistência, na produção de registro e na conformação de uma identidade profissional.

### **2.2- Específicos:**

- Interpretar os significados de maus-tratos a crianças e adolescentes provenientes dos relatos dos profissionais de saúde entrevistados;
- Desvelar como os profissionais de saúde concebem a assistência a crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos;
- Descrever as experiências e as barreiras enfrentadas pelos profissionais de saúde na assistência as crianças e aos adolescentes vítimas de maus-tratos;
- Compreender como se dá o seguimento de assistência à criança e ao adolescente vitimado de maus-tratos no pronto atendimento em Manaus.

### **3- Revisão da literatura**

Os maus-tratos podem ser definidos como atos que podem ser praticados pela supressão, omissão ou transgressão dos direitos da criança e do adolescente, definidos por convenções legais ou normas culturais, por pessoas e instituições, os casos detectados ainda são os de agudeza dentro da sua tipologia.

Nas últimas décadas, os serviços de saúde têm sido considerados um lugar privilegiado na identificação dos casos de maus-tratos, mas apesar da incorporação aos serviços de saúde de estratégias de prevenção e intervenção frente à sua ocorrência, baseadas em mecanismos legais construídos, porém estes mecanismos ainda são insipientes e sem escoamento para políticas públicas que dêem conta dos casos já efetivados.

A realidade de um pronto socorro pediátrico exige do profissional de saúde uma formação e uma desenvoltura específica para lidar com as artimanhas do infanto-juvenil e suas famílias descrita nos capítulos seguintes.

Os profissionais de saúde na urgência/ emergência pediátrica têm estado na esteira da sobrecarga de trabalho, além de serem pressionados à tomada de decisões rápidas. Como agravante, estes têm ainda na maioria das vezes, a não reposição das energias devido ao excesso de plantões, principalmente os noturnos, que podem causar transtornos do sono dentre outras complicações no organismo e no seu psiquismo.

A violência extra e intra-familiar têm sido reconhecidas como um evento bem mais corriqueiro do que supõe o senso comum. Atualmente atinge principalmente mulheres, crianças, adolescentes e muitos idosos, incorrendo em graves repercussões físicas, emocionais e sociais. No Brasil, o Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2006) aponta para evidências epidemiológicas que mostram que esse tipo de causa externa foi responsável por 124.935 óbitos em 2006 representando 13,7% do total de óbitos por causas definidas. É a

terceira maior causa de mortalidade na população geral e a primeira causa de morte entre os adolescentes e crianças a partir de 1 ano de idade.

Desta forma, sendo um importante problema de saúde pública caracterizado por determinantes sociais e condicionantes culturais, como destaca Azambuja (2004) “a violência, [...] em contrapartida ao princípio da dignidade humana, representa a maior ameaça à humanidade e ao povo brasileiro no atual momento histórico”.

Com a abertura do foco para a incidência de violência familiar, cresce também o reconhecimento de que os serviços de saúde possuem um importante papel no seu enfrentamento, na baixa, média e alta complexidade, apesar de ainda serem insuficientes as estratégias existentes visando a intersetorialidade e proteção integral da criança.

A partir desta pesquisa pudemos constatar que os trabalhos intersetoriais tem sido quase inexistentes, comprometendo a identificação dos casos, em função da migração dos agressores através dos serviços existentes além da escassa cobertura ou monitoramento entre os setores de saúde. O que podemos deduzir, da necessidade de um maior investimento nos princípios que regem o SUS quanto à integralidade, a intersetorialidade e a resolutividade dos casos de maus-tratos em Manaus.

### 3.1- As concepções de criança e do adolecer ao longo dos tempos

*Hoje vive na minha aldeia comigo.  
É uma criança bonita de riso e natural.  
Limpa o nariz ao braço direito,  
Chapinha nas poças de água,  
Colhe as flores e gosta delas e esquece-as.  
Atira pedras aos burros,  
Rouba a fruta dos pomares  
E foge a chorar e a gritar dos cães.  
E, porque sabe que elas não gostam  
E que toda a gente acha graça,  
Corre atrás das raparigas pelas estradas  
Que vão em ranchos pela estradas  
com as bilhas às cabeças  
E levanta-lhes as saias. A mim ensinou-me tudo.  
Ensinou-me a olhar para as cousas.  
Aponta-me todas as cousas que há nas flores.  
Mostra-me como as pedras são engraçadas  
Quando a gente as tem na mão  
E olha devagar para elas.*

*Trecho da Poesia "O Guardador de Rebanhos" de Alberto Caeiro*

Esta primorosa obra, do poeta português Fernando Pessoa: "*O Guardador de Rebanhos*" (1911- 1912), nos ajuda até hoje, a demonstrar às riquezas do existir infantil em suas estrofes, quando aponta para o lúdico, a simplicidade, o diverso, a travessura, a vivacidade, a fragilidade, a malícia e a sabedoria dentre tantas características concedidas neste período da vida humana.

Características estas, disponibilizadas para quem em tempos contemporâneos exerce o seu direito de ser criança. Mas, o que é ser criança? Quais as concepções imbricadas neste tema? Como a humanidade chegou a definir uma cidadania da criança?

Ao analisarmos o vocábulo criança, encontramos que este vem do latim "*creantia*, *criantia*", significando "um ser humano de pouca idade, menino ou menina; tendo como sinônimo " *párvulo*" "*pessoa ingênua, Infantil*" (FERREIRA; 1999).

Já na análise do termo infância, do latim "*infante*" ou "*infantile*", o significado de algo incompleto que está por terminar, o que também pode remeter a posição de dependente, submisso ou dócil, como afirma Del Priore (2002, p. 84): “O certo é que na mentalidade coletiva a infância era então, um tempo sem maior personalidade. Um momento de transição e por que não dizer, uma esperança [...] designadas nos documentos como “meúdos”, “ingênuos” e “infantes” [...].”

Condição bastante explorada pelas ciências da Psicologia e a Sociologia, caracterizada por etapas do seu desenvolvimento, a infância tem sido pensada a partir desta concepção desde os últimos séculos, sendo bastante criticada no final do século XX: “[...] o termo conota, nas línguas latinas, muito mais do que uma referência orgânica a um suposto estágio de aquisição da linguagem, mas localiza a condição de submissão jurídica [...].” (VORCARO, 1997, p.23).

Françoise Dolto aponta para a dificuldade que a sociedade adulta tem de se entregar ao conhecimento da realidade essencial da criança, sendo muito mais fácil durante séculos, encontrarem discursos que irão valorar a sua imaturidade do que o seu próprio potencial, suas habilidades próprias e o que a autora chama de seu "*gênio natural*" (DOLTO, 1985, p.132).

A mesma autora nos remete à indagação: Para que serve a infância? E considera que quase não sobram conceitos produzidos sobre a infância, nos âmbitos econômicos e sociológicos, a não ser, o conceito de uma passagem delicada e necessária, e um tempo de iniciação de aprendizagem. Assim, a autora constrói uma escala de valores da criança a partir do desenvolvimento das sociedades que subdivide em quatro épocas, quando chama a atenção para o exagero de produtos literários e científicos que tendem a restringir o campo de estudo da criança ao de sua relação com seus pais, como mostra logo abaixo:

(...) *Evolução do valor da Criança*

**1ª Época-** *As sociedades endogâmicas. Colocar uma criança (masculina) no mundo é servir ao clã, a coletividade; assegurar o revezamento. Desse modo é versado o tributo de produtividade; uma contribuição de braços suplementares.*

**2ª Época-** *As sociedades exogâmicas. O filho que vem ao mundo é um presente para a família que espera um herdeiro masculino. A criança, seja qual for o sexo, é a coroação do casal.*

**3ª Época-** *As sociedades malthusianas. O custo da criança é demasiadamente elevado; a massificação causa demasiados problemas, de onde controle da natalidade e a legislação do aborto.*

**4ª Época-** *As sociedades do egoísmo coletivo. A criança é um fardo para o casal e um embaraço para a sua satisfação egoísta. E como o Estado não pode se encarregar dela... sem submetê-la a uma norma única, ela não tem nenhuma oportunidade de estar no mundo como pessoa(...) DOLTO (1985. p.132 grifo nosso).*

Muitos destes valores ligados à criança, ainda perpassam o imaginário cultural de algumas famílias, por acreditarem que a existência da criança pode vir a auxiliar na produtividade, seja nos trabalhos de agricultura de subsistência, seja nas grandes empresas, para poder ter quem herde suas propriedades quando morrerem seus donos.

Desde a modernidade, com a entrada e ascensão da mulher no ambiente de trabalho, fazendo com que seus filhos muitas vezes tenham se tornados pequenos reizinhos, estes têm desandado o cotidiano dos pais escravizados para satisfazer todos os seus desejos e caprichos em troca da culpa por não estarem mais presentes, refletindo em crianças com comportamentos sem limites.

Há uma característica implícita no ser criança comum com o ser idoso, pois aos dois a sociedade confiscou o tempo presente. Segundo Oliveira (1999), ser criança é um "vir a ser" e o idoso "já foi". Sem os tempos presentes, ambas as faixas etárias não participam efetivamente da vida pública, ficam sem saber, ou por serem considerados sem o saber necessário para as decisões, ou por não saberem mais, por serem considerados antiquados demais para serem levados a sério.

Num jogo de espelhos, a humanidade vai, no decorrer da sua história, elaborando os constructos do que é ser criança, num revisitar-se em tempo maduro, ao decidir sobre os destinos de uma criança. Todo o conhecimento sobre o infantil até então perpassa pelo pensar adulto e pela subjetividade de quem constrói. A humanidade vai abrindo espaço para esse universo infantil, desvelando potencialidades antes não descobertas, determinantes de um humano mais criativo, ao valorizar essa etapa dos primórdios da vida.

Hoje temos o entendimento de que "*O ser criança e adolescente*" é intimamente ligado a fatores históricos, políticos, econômicos e culturais de todos os povos de que fazem parte e se diferenciam, até mesmo dentro de uma mesma sociedade.

Vivenciar esses períodos históricos na existência humana é sem dúvida, singular. Esta vivência única terá como norteador as condições encontradas a partir de seus pares constituintes, ou seja, a partir dos contextos em que estão instaladas, esteja este infante no gineceu, em combate da kripta, nos feudos, em sua família, nas abadias, nos internatos, nas escolas, nos lares abrigados ou até mesmo nas ruas.

Embora não seja objeto de nosso estudo caracterizar o universo infantil nas diversas fases históricas da humanidade, cabe aqui buscar um maior esclarecimento de como essas concepções sobre a criança e adolescente foram sendo formadas.

O historiador Philippe Ariès, no livro *História Social da Criança e da Família* (1981), começa suas pesquisas a partir da sociedade medieval e constata a inexistência do sentimento de infância neste período em que as crianças são consideradas "pequenos adultos". O autor explica o que chama de sentimento da infância: “[...] O sentimento de infância não significa o mesmo que afeição pelas crianças: corresponde à consciência da particularidade infantil [...]” e é apenas no século XV que esse sentimento é percebido e com maior clareza no século XVII.

Portanto, o infante que conseguisse superar o período em que estava mais suscetível à mortalidade, passava tão logo a se empenhar na realização das tarefas adultas, compartilhando com os mesmos os seus estereótipos, trajas e alimentos.

O autor cita um texto da Idade Média "*Le Grand Propriétaire de toutes chose*" (O Grande Proprietário de todas as coisas) no qual foram categorizadas as etapas do desenvolvimento infantil e as concepções desta época,

"(...) *Aí as idades correspondem aos planetas, em número de 7: A primeira idade é a infância que planta os dentes, e essa idade começa quando a criança nasce e dura até os sete anos, e nessa idade aquilo que nasce é chamado de enfant, que quer dizer não-falante, pois nessa idade a pessoa não pode falar bem nem formar perfeitamente suas palavras, pois não tem seus dentes bem ordenados nem firmes (...). Após a infância, vem a segunda idade... chama-se pueritia é assim chamada porque nessa idade a pessoa é ainda como a menina do olho,..., e essa idade dura até os 14 anos (...). Depois segue a terceira idade que é chamada de adolescente, porque a pessoa é bastante grande para procriar... E por isso a pessoa cresce nessa idade toda a grandeza que lhe é devida pela natureza, termina antes dos 30 ou 35anos, e até mesmo antes dos 28(...)*".

Desta maneira, a infância e a adolescência neste período histórico são vistas de maneira superficial e as suas definições são essencialmente de caráter fisiológico para o entendimento deste período da vida.

Na Idade Média foi que o Estado e a Igreja assumiram a educação das crianças, surgindo o colégio como instituição educacional, com o intuito também de difundir uma moral que pudesse dar conta dos costumes "afrouxados", se responsabilizando pela "moral" e os "bons costumes da época".

O iluminismo, no intervalo dos séculos XVII a XVIII, as sociedades se expandem, bem como, os efeitos da idade da razão, a industrialização, a expansão dos espaços urbanos e o conseqüente anonimato dos seres humanos. Então, na Europa do século XVIII, sob forte influência do pensamento filosófico iluminista que laicizou a caridade cristã, propagando a doutrina do "fazer o bem", a beneficência deixa de ser apenas uma virtude cristã e passa a ser também uma virtude social, desta forma, a bondade e a generosidade passam a ser virtude dos mais abastados, e com inclinação para doar amplamente.

Como resultado então, a construção de fundações com o propósito de servir aos mais necessitados, no âmbito das quais é que foram criadas as instituições asilares, os hospitais, orfanatos, dentre outras instituições de abrigo, "Nos quarteirões mais abastados — quarteirão do Banco, Xa região — a sede das sociedades. Nas regiões pobres ou fora dos muros da cidade, onde vivem os necessitados e onde se localizam os terrenos mais baratos, as fundações" (DUPRAT, 1996, p. 317).

É nessa óptica que surgiu na Itália o trabalho pioneiro da Irmandade dirigido à proteção de crianças desamparadas, de cunho assistencial que visava reduzir o número elevado da mortalidade infantil no hospital onde era abrigadas crianças abandonadas pela família e que adotava o sistema da "*Roda dos Expostos*". Essa roda consistia em uma peça cilíndrica de madeira e giratória, afixada em paredes, portas ou janelas das instituições, onde

as crianças eram depositadas e conduzidas para dentro, sem que as pessoas que as depositassem fossem identificadas. Esse sistema fora difundido pelo mundo, chegando ao Brasil a partir da colonização portuguesa em Salvador por volta de 1726 e instalado nas Santas Casas de Misericórdia (RIZZINI; 2004).

Esse sistema da "roda dos enjeitados" era mantido por doações particulares, na garantia de proteger a moral das famílias da época, pois validava a institucionalização dos enjeitados, criando um espaço efetivo para os filhos ilegítimos e mestiços. Essas crianças eram aos 7 anos de idade devolvidas para a sociedade a mando do juiz, em outras famílias para o auxílio dos trabalhos domésticos.

Dorigo e Nascimento (2007) mostram como essa realidade se desenhava no Brasil Imperial: As crianças pobres da zona rural, órfãs ou abandonadas, estiveram ao longo da história sob os cuidados das 'criadeiras', também chamadas de 'fazedoras de anjos'. Eram assim chamadas devido a alta mortalidade das crianças em decorrência da precariedade das condições sanitárias. Já na zona urbana, os filhos ilegítimos de moças pertencentes a famílias com prestígio social eram recolhidos nas rodas de expostos.

A família ganha seu status maior no século XIX, sendo na maioria das sociedades de caráter nuclear, heterossexual, monógama e patriarcal, ou seja, o pai tendo poder absoluto sobre os filhos e a esposa. No processo educacional o período da adolescência ganha destaque, na medida em que as meninas passam a receber uma instrução formal.

Segundo Colin (2004) a mortalidade que começa a diminuir aos poucos, a partir do final do século XVIII, e mais efetivamente a partir do final do século XIX, apesar da inabalável desigualdade social, assinala que as crianças pobres e trabalhadoras eram mais baixas e morriam em maior número do que as de classe mais abastada. Como podemos ver, já sobre os efeitos da quarta época referida por Dolto (1985), logo acima, a da sociedade do egoísmo coletivo, com a exploração do trabalho infanto-juvenil e outras mazelas do modo de

produção capitalista é que no século XX urge como movimento e política a necessidade de proteção integral à criança ao adolescente.

É no século XX que a ciência da psicologia e da psicanálise, avança nos conhecimentos desenvolvimentistas, caracterizando ainda mais as etapas da infância, descrevendo e explicando as mudanças ocorridas nesse período da vida, em diversos aspectos, como a linguagem, a sexualidade, o pensamento, dentre tantos outros. Teve como principais expoentes: Freud, Piaget, Vygotsky, Wallon e Watson, que proporcionaram para a humanidade a concepção de infância e de adolescência, como resultante de suas interações com o meio, determinada por diversos fatores em busca de um equilíbrio interno e externo, que tenderia para uma vida mais ou menos saudável.

Portanto, os seis modos de relação com a infância seriam: o infanticídio, da Antiguidade ao século IV d.C; o abandono, do século IV ao XIII; a ambivalência, do século XIV ao XVII; a intrusão, do século XVIII, a socialização, do século XIX a meados do XX; e o apoio ou amparo [...], iniciado em meados do século XX.”(KUHLMANN,1998, p. 20), ficando para o século XXI a legitimação dos saberes infanto-juvenis e portanto o desenvolvimento de estratégias e movimentos da sociedade que valorizem o protagonismo de crianças e jovens, com força de voz e ações diante do mundo adulto.

### 3.2- Marco legal em busca da cidadania infanto-juvenil no Brasil

*"Há um rumo em **Central do Brasil**: o menino não encontra o pai, encontra os irmãos e é por eles encontrado. Uma ética da fraternidade para além dos pais excessivos"*

*Luis Cláudio Figueiredo*

Que seja essa a nossa procura? A busca pelo fraterno, que ampara dos excessos da vida e da lei, daqueles que por alguma razão não conseguiram prover e caíram nas desmedidas da vida, estes é o realmente do centro do Brasil. Walter Sales espelha a essência do povo brasileiro, quando demonstra em sua tela, o que Figueiredo (1998) nomeia por terra mãe "ilimitadamente generosa maltratada e explorada por seus caciques e coronéis, em rituais de requinte". Ainda em seu artigo "O apelo ao pai e o pai como apelo no Brasil contemporâneo" chama-nos a atenção para séculos de usos e abusos desta mãe, e a só valoração de um pai que mostra o seu poder quanto mais voraz em sua gula concentra o seu "poder de vida e extermínio".

Então, através dos séculos, no Brasil, a lei e a sua construção pelo pacto social tem se dado lentamente e a distância destas desmedidas, em lugar destas a "*arbitrariedade angustiante da generosidade*" (grifo nosso) fazem de seus filhos sedentos a procura do interdito e de uma posição de alteridade em construção, bem como muitas vezes em exercício de uma cultura cínica de solidariedade fraterna.

E, como tem sido construída essa alteridade da infância nos diferentes Brasis? Nos próximos parágrafos procura-se desenhar os caminhos já marcados e os traços dessa arquitetura em busca da cidadania da infância brasileira.

No Brasil Colônia, as leis vinham das Ordenações do Reino de Portugal, que utilizava medidas punitivas desumanas e cruéis, pois apesar de na Europa da época já haver

atenuantes para a criança na aplicação da pena, foi apenas em 1830 que o Brasil passou a deixar de punir suas crianças de maneira igual aos adultos (RIZZINI; 1995).

Ainda neste período, as crianças eram vistas como mercadoria e/ou mão de obra barata. Portanto, o primeiro grande marco legal no Brasil é a promulgação do Código Criminal de 1830, o qual se evidencia na perspectiva dos direitos da criança, constando a primeira preocupação com o "menor",

*(...) "Art. 10: Também não se julgarão criminosos: § 1o. Os menores de quatorze anos. Art. 13. Se provar que os menores de quatorze anos, que tiverem cometido crimes obraram com discernimento, deverão ser recolhidos as casas de correção, pelo tempo que ao juiz parecer, com tanto que o recolhimento não exceda a idade de dezessete anos."(TAVARES;2001).*

Mesmo com o começo da inquietação com os modos de punir a infância, foi somente em 1850 que as alas das Casas de Correção passam a reservar espaços exclusivos para a criança. A ala para as crianças tinha o caráter correccional e educacional. Era para lá que destinavam os menores de má-fé, delituosos, indigentes e desocupados.

Nessa mesma década, no Brasil, o ensino era obrigatório para as crianças de 7 anos, sem impedimento físico e moral. Porém não era possível garantir escola para todos, devido ao número de instituições ainda insuficientes, bem como para "*meninos que padecerem moléstias contagiosas; os que não tiverem sido vacinados, e os escravos*" (Decreto nº.1331-A, 1854), assim como para as crianças indígenas que nem eram citadas.

Em 1871, com o movimento abolicionista do Brasil Império, foi promulgada a Lei do Ventre Livre (nº 2.040/1871) e com ela a condição de liberdade dos filhos dos escravos. Consta em seus artigos,

*(...) "Art. 1º: Os filhos da mulher escrava que nascerem no Império desde a data desta lei, serão*

*considerados de condição livre. §1º: Os ditos filhos menores ficarão em poder e sob a autoridade dos senhores de suas mães, os quais terão obrigação de criá-los e tratá-los até a idade de oito anos completos. Chegando o filho da escrava a esta idade, o senhor da mãe terá a opção, ou de receber do Estado a indenização de 600\$000, ou de utilizar-se dos serviços do menor até a idade de 21 anos completos. No primeiro caso o governo receberá o menor, e lhe dará destino, em conformidade da presente lei. A indenização pecuniária acima fixada será paga em títulos de renda com o juro anual de 6%, os quais se considerarão extintos no fim de trinta anos. A declaração do senhor deverá ser feita dentro de trinta dias, a contar daquele em que o menor chegar à idade de oito anos e, se a não fizer então, ficará entendido que opta pelo arbítrio de utilizar-se dos serviços do mesmo menor" (COMPARATO; 2001).*

No Brasil República, em 1889, foi quando começou a se esboçar uma aproximação e correlação entre os dados da infância carente e o aumento da delinqüência com o grande contingente de crianças sem acesso a escola e exploração do trabalho advindo do crescimento urbano como possíveis causas da criminalidade infanto-juvenil (RIZZINI, 2004).

Um novo Código Penal em 1890 subiu de sete, para nove anos de idade a imputabilidade relativa, e assistência à infância, passando do aspecto puramente religioso carreando para a assistência pública, apesar de ainda ter um tom beneficente, com uma preocupação com a família cada vez maior nos aspectos jurídicos e médicos (KRAMER; 2001).

Com essa preocupação, no ano de 1899, foi fundado no Rio de Janeiro o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Brasil, o qual tinha por objetivos:

*(...) "Atender aos menores de oito anos; elaborar leis que regulassem a vida e a saúde dos recém-nascidos; regulamentar o serviço das amas de leite, velar pelos menores trabalhadores e criminosos; atender às crianças pobres, doentes, defeituosos, maltratadas e*

*moralmente abandonadas; criar maternidades, creches e jardins de infância" (...). (KRAMER, 2001, p. 52).*

Essas ações já estavam atreladas às idéias do movimento da Medicina Higienista, que tinha como foco de trabalho os cuidados que a família destinava à criança, com o intuito de reprimir a delinqüência, ou seja, punir a criança que estivesse perturbando a "ordem e os bons costumes". Esse movimento teve como destaque a extinção das "Casas dos Expostos" alegando estarem funcionando em precárias condições (MERISSE, 1997).

Nesse movimento, os médicos se empenhavam em estabelecer outra ótica, valorizando o meio em que a criança estava inserida e que contemplasse medidas mais higiênicas que privilegiassem a criança no cotidiano familiar, de modo a reduzir as doenças, enfatizando a necessidade de serem educadas, protegidas e cuidadas, como cita Merisse:

*" (...) o higienismo constituiu-se num forte movimento, ao longo do século XIX e início do século XX, de orientação positivista. Foi formado por médicos que buscavam impor-se aos centros de decisão do Estado para obter investimentos e intervir não só na regulamentação daquilo que estaria relacionado especificamente à área de saúde, mas também no ordenamento de muitas outras esferas da vida social. Diante dos altos índices de mortalidade infantil e das precárias condições de saúde dos adultos, e tendo em vista a disseminação de novos conhecimentos e técnicas provenientes do avanço da ciência, o higienismo conseguiu influenciar decisivamente a emergência de novas concepções e novos hábitos"*  
(MERISSE; 1997 p. 33-34):

Fora nesta mesma visão que no aspecto jurídico foram criadas novas leis e decretos que visassem medidas corretivas (educacionais e laboriais) de comportamentos delinqüentes.

*(...) "Decreto n. 145/1893: objetivo = "isolar os vadios, vagabundos e capoeiras"; autorizava a criação de uma colônia correcional, para onde pessoas não sujeitas ao poder paterno ou sem meios de subsistência seriam corrigidos pelo trabalho; Lei*

*n. 947/1902: “menores viciosos” = menores acusados criminalmente e órfãos abandonados encontrados em via pública, se assim considerados por um juízo, deveriam ser internados nas colônias correccionais, permanecendo lá até os 17 anos”.*

Como pode ser observado, a educação contribuiu muito, desde o início, na busca de solução para *"o problema do menor"*, principalmente, no aspecto da educação pelo trabalho, perante a qual se buscava uma pedagogia que subsidiasse a ideologia moral dominante, com a conotação preventiva, mas que pudesse reprimir e moldar a criança tida como *"moralmente abandonada"*, desenvolvendo nesta o hábito de trabalhar.

Segundo Maria Helena Souza Pato (1999) surgem então as políticas normatizadoras e disciplinadoras do comportamento, principalmente nos novos centros sobre a população com o início da Era Industrial da Nova República,

*(...) “resposta autoritária, moralista e preconceituosa a questões que se puseram à burguesia durante o primeiro período republicano: a obsessão ordeira desencadeada pelo medo antigo e crescente que as classes dominantes tinham da revolta popular, potencializado pelos protestos de rua e pelo aumento das estatísticas criminais; o propósito sincero de alguns de enfrentar a gravidade real das condições sanitárias das cidades atingidas periodicamente pela peste; os interesses do capital comercial e financeiro internacional.(PATO,1999)”*

Cresce também, a partir da virada do século XX, a importância dada pelos juristas à "criminalidade dos menores", sendo desenvolvido nas suas três primeiras décadas o Juízo de Menores e, em 1927, fora consolidado o *Decreto 17.943-A "Leis de Assistência e Proteção aos Menores"*, marcando o início de um domínio explícito da ação jurídica sobre a infância, e logo após, *Decreto n. 17.943/1927: Código dos Menores*, ou “Código Mello Mattos”, que foi desenvolvido pelo debate entre administração, legislativo, judiciário e instituições

assistenciais, dando evidência para a inauguração dos Tribunais dos Menores (RIZZINI, 1995).

Porém, além das idéias de proteção à criança, a tutela do estado vinha responder, também às mesmas preocupações de um contingente populacional em alta e o crescente empobrecimento da população:

*(...) "O Código de 1927 incorpora tanto a visão higienista de proteção do meio e do indivíduo como a visão jurídica repressiva e moralista. Prevê a vigilância da saúde da criança, dos lactantes, das nutrizes, e estabelece a inspeção médica da higiene. No sentido de intervir no abandono físico e moral das crianças, o pátrio poder pode ser suspenso ou perdido por falta dos pais. Os abandonados têm a possibilidade (não o direito formal) de guarda, de serem entregues sob a forma de 'soldada', de vigilância e educação, determinadas por parte das autoridades, que velarão também por sua moral. O encaminhamento pode ser feito à família, a instituições públicas ou particulares que poderão receber a delegação do pátrio poder. A família é, ainda que parcialmente, valorizada."*  
(FALEIROS;1995)

Na era Vargas (1930-1945) foi concretizada uma política, ainda, mais assistencialista e repressiva no que tange aos tratos com a infância e a adolescência, devido à construção de um Estado autoritário e corporativista. Portanto, na Constituição de 1934, já ficava instituído no artigo 138, que...

*"Incumbe à União, Estados e Municípios, assegurar amparo aos desvalidos, criando serviços especializados e animando os serviços sociais, cuja orientação procurará coordenar; estimular a educação eugênica; amparar a maternidade e a infância; socorrer as famílias de prole numerosa; proteger a juventude contra toda exploração, bem como contra os abandonos físicos, morais e intelectuais; adotar medidas legislativas e*

*administrativas tendentes a restringir a mortalidade, as morbidades infantis e de higiene social que impeçam a propagação das doenças transmissíveis; cuidar da higiene mental e incentivar a luta contra os venenos sociais (...)*”.

Percebe-se no período getuliano que a família do trabalhador veio a constituir o foco da ação assistencial do Estado. Para tanto, foram criadas as delegacias de menores, com o intuito de fazer as triagens para as internações, onde eram destinadas as crianças de rua e suspeitas de estarem cometendo algum delito ou vício.

Dentro desta política de assistência social básica, foram criados: o Sistema Nacional, coordenado pelo Conselho Nacional de Serviço Social - CNSS e o Departamento Nacional da Criança - DCN, em 1940 e a Legião Brasileira de Assistência - LBA em 1942. (FALEIROS, 1995, 68- 70).

Surge em 1941, o Serviço Nacional de Assistência aos Menores, o SAM, vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, para erradicar a criminalidade infanto-juvenil das ruas. Além dessas medidas radicais de recuperação, esses serviços praticavam os maus-tratos institucionais, muito criticados pelos movimentos religiosos que acusavam essas instituições de: surrar, torturar, violentar as crianças e adolescentes que lá se encontravam.

O SAM aos poucos foi tomando então a conotação de órgão de repressão, pois deixava as crianças em estado de privação, além das suas péssimas condições e instalações, ao invés do que preconizava na sua criação: ser um órgão de proteção à infância irregular (entendida socialmente como SAM – "Sem Amor aos Menores", por ser local de castigos corporais e violência sexual), sendo extinto apenas em 1964.

Marilena Chauí (1987) descreve o quanto a sociedade veio desenvolvendo ao longo dos tempos, vários dispositivos que pudessem reprimir as camadas menos favorecidas economicamente, em um movimento de projeção do mal sobre a *plebe*, em nome da segurança dos mais poderosos (CHAUÍ, 1987).

*"Se a cultura da culpa desloca o diabo de fora pra dentro da consciência, a cultura do medo, alicerçada sobre horror à plebe, opera igual deslocamento.*

*Com a plebe, o medo não aponta apenas para seu contrário \_a coragem \_ nem apenas exige inimigos externos, mas vem configurar, do lado dos grandes e poderosos, um novo desejo – o de segurança-identificado à ordem e suscitado o pavor quanto a tudo que pareça capaz de destruí-la internamente.*

*Com a plebe, surge o medo do inimigo interno, fantasma da inconfessada percepção da cisão interna à própria sociedade. O inferno são os outros.(CHAUI, 1987)."*

Nos subseqüentes anos de democracia de 1946 a 1964, segue essa política apontada por Faleiro (1995, p.72) como derivada do movimento higienista, assistencialista e voltada para um modo participativo/comunitário/desenvolvimentista, tendo como pano de fundo uma sociedade capitalista, construída na ideologia do trabalho, prometendo ascensão para a população trabalhadora e a exclusão dos que ameaçavam a ordem social.

As ações dos juízes de menores, autoridades hegemônicas, eram de fiscalizar e intervir nas instituições assistenciais, com a finalidade de proteger o menor em situação irregular, quase todos advindos de classes populares.

Em 1948, um marco importante se dá com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, ditadas pela Organização das Nações Unidas que convoca a comunidade internacional a firmar convenções internacionais em que estabelecem estatutos comuns de cooperação mútua e mecanismos de controle que garantam a não violação e o exercício pelo cidadão de um elenco de direitos considerados básicos à vida digna, os chamados de direitos humanos.

*"Preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos Humanos/ 1948: Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo;*

*Considerando que o desprezo e o desrespeito pelos direitos humanos resultaram em atos bárbaros que ultrajaram a consciência da Humanidade e que o advento de um mundo em que os todos gozem de liberdade de palavra, de crença e da liberdade de viverem a salvo do temor e da necessidade foi proclamado como a mais alta aspiração do ser humano comum;*

*Considerando ser essencial que os direitos humanos sejam protegidos pelo império da lei, para que o ser humano não seja compelido, como último recurso, à rebelião contra a tirania e a opressão;*

*Considerando ser essencial promover o desenvolvimento de relações amistosas entre as nações;*

*A Assembléia Geral proclama a presente Declaração Universal dos Direitos Humanos*

*O ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, com o objetivo de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade, tendo sempre em mente esta Declaração, se esforcem, através do ensino e da educação, por promover o respeito a esses direitos e liberdades, e, pela adoção de medidas progressivas de caráter nacional e internacional, por assegurar o seu reconhecimento e a sua observância universal e efetiva, tanto entre os povos dos próprios Estados-Membros, quanto entre os povos dos territórios sob sua jurisdição. (DUDH,1948)"*

O conteúdo inicial desses direitos, seus instrumentos e mecanismos, foram se alterando e ampliando a partir das novas condições sociais, gerando diversos pactos genéricos e específicos. Foram sendo firmados Pactos Internacionais de Direitos Civis e Políticos e de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, no intuito de implementar e garantir os direitos humanos nas Nações e o direito da criança à especial proteção do Estado, da sociedade e da família.

*"Art. 24 - 1. Toda criança terá direito, sem discriminação alguma por motivo de cor, sexo, língua, religião, origem nacional ou social, situação econômica ou nascimento, às medidas de proteção que a sua condição de menor requer por parte de sua família, da sociedade e do Estado.*

2. *Toda criança deverá ser registrada imediatamente após seu nascimento e deverá receber um nome.*

3. *Toda criança terá o direito de adquirir uma nacionalidade. (Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos – Adotado na Assembléia Geral das Nações Unidas em 16/12/1966 e ratificado pelo Brasil em 24/1/1992)”.*

Já no Brasil, houve retrocesso com o golpe militar em 1964, pois as instituições totais proliferaram. As unidades da Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM) continuavam a manter a repressão e responsabilizar a família pelo abandono das crianças. Esta instituição também ficou conhecida pela sociedade como escola do crime. Nos estados, foram criadas a Fundação do Bem-Estar do Menor (FEBEM), cujas unidades se transformaram em centros de internamento tanto para os abandonados como os avaliados perigosos pelos Centros de Recepção e Triagem.

*(...) “O atendimento privilegiado no decorrer do século XIX e parte do século XX era o internato, onde os filhos dos pobres ingressavam categorizados como desvalidos, abandonados, órfãos, delinqüentes e outras denominações que vão substituindo as antigas, conforme a incorporação das novas tendências assistenciais e as construções ideológicas do momento. Desde a constituição de um aparelhamento oficial de assistência e proteção ao menor, principalmente a partir da criação da FUNABEM e da Política Nacional de Bem-Estar do Menor, o mote ‘internação como último recurso’ foi sempre repetido, mas pouco seguido” (RIZZINI E RIZZINI; 2004, p.66).*

Neste momento histórico, tem-se manifestado a força de alguns movimentos sociais e religiosos na reivindicação da revisão do Código de 1927, pois este não fazia distinção entre o *menor infrator* e crianças abandonadas e negligenciadas por suas famílias, sociedade ou Estado, bem como já sabido de alguns casos de abuso de poder dos *Juízes de Menor*, que decidiam o destino da criança de forma arbitrária sob o manto da lei.

Fora então promulgada em 1979 a Lei Federal nº 6.697/79, que revia o Código de Menores passando a adotar a "*Doutrina da Situação Irregular*" transposta para a legitimação das ações do Estado sobre *menores, estes abandonados e em extrema pobreza* que se encontrasse em *situação irregular*.

A "*Doutrina da Situação Irregular*" do menor como conseqüência da análise do então "sistema de descrição do estado sócio-econômico-familiar" dos menores, passa a extinguir a nomenclatura de "*menor abandonado e delinqüente*" e torna a exclusão uma patologia social, ou seja, ser pobre passa a ser uma doença social, um estado de enfermidade, assim como estar fora das normas.

Para a luta a favor da cidadania infanto-juvenil, essa ação foi mais um retrocesso de 50 anos, pois para o *menor infrator*, agora fora instituída a prisão provisória, que estava em posse de ser decretada sem a presença do curador de menores. Dessa forma, a criança ainda objeto da lei, não era vista como sujeito de direito, e sua família considerada culpada e incapaz de cuidar dela, mesmo que vivendo em uma realidade sócio-econômica injusta.

Entre 1980 e 1988, com a queda da ditadura e a redemocratização, muitos movimentos sociais foram sendo formados e trabalharam para uma mobilização da sociedade e de alguns setores do Estado. Dentre seus membros, os movimentos militantes dos direitos da criança e do adolescente, inclusive juristas e os próprios funcionários da FUNABEM em favor de uma nova "*Doutrina de Proteção à criança*", estavam presentes na Assembléia Constituinte de 1986. Esses grupos já apresentavam um firme propósito de poder tornar a criança e o adolescente sujeitos de direito perante o Estado e prioridade absoluta na assistência.

Assim como, na inclusão da Proteção Integral como direito, refletiria em medidas sócio-educativas que não tivessem um caráter repressivo e de isolamento, buscando alcançar

uma mudança no caminho dessas crianças e seus atos delituosos investindo em políticas públicas e apoio social para as suas famílias.

Com o advento da Constituição da República de 1988, fica aprovado o artigo 227 que consagra a doutrina da proteção integral, no entendimento gradual do paradigma de proteção integral dos direitos da criança e do adolescente que vai se efetivando na elaboração de normas referentes ao direito à vida, à saúde, à liberdade, à dignidade, à cultura, ao lazer, ao esporte, à profissionalização, dentre outros se antecipando a *Convenção das Nações Unidas sobre Direitos da Criança*.

Disposto na Lei 8069 de 13 de julho de 1990, denominado de Estatuto da Criança e do Adolescente, o ECA trás em seu bojo o novo paradigma na atenção à criança e ao adolescente, mas este por si só não vem mudar a identidade, a missão e o papel de cada entidade, cada movimento. Além dos objetivos primeiros de continuar se empenhando na luta por uma vida melhor para as crianças e adolescentes, é preciso incorporar e introjetar teórica e praticamente a novidade dessa ruptura, desse novo paradigma que o Estatuto representa.

Este processo de ruptura vem enfatizar a passagem do atendimento de necessidades (saúde, educação, moradia, profissionalização) para o atendimento de direitos. É isto o que muda; e isto é muito importante. Hoje tem-se a criança e o adolescente como sujeitos de direitos, com uma cidadania a ser respeitada e não mais um “objeto de tutela”. Agora, com o ECA, não atender as necessidades destes jovens cidadãos constitui violação de direitos; e esta mudança não é colocada no Estatuto apenas como discurso.

### **3.3- Os desafios da intersetorialidade: o trabalho em rede para garantir os direitos à criança e adolescente**

*"Quero fazer uma guerra de paz  
Para acabar com tanta dor  
Só que em vez de mortos  
Terá só amor  
As balas de revólveres  
Seriam trocadas por solidariedade  
Onde um ajudaria o outro  
com amor e bondade"*

*(Trecho do poema "Guerra e paz" de Klayton Rodrigues de Souza,  
14 anos, estudante de Londrina, Paraná).*

#### **3.3.1- Sistema de Garantia de Direitos à Criança e ao Adolescente**

Ao ser aprovada a Lei federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, tem-se a consagração de um direito que, além de explicitar os direitos gerais e específicos da criança e do adolescente, vem buscar uma nova gestão desses direitos, através da construção de um sistema de garantia de direitos, no intuito do cumprimento do Artigo 86 do Estatuto da Criança e do Adolescente, “através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”.

O Sistema de Garantia de Direitos, sendo um marco que vem referenciar as redes de proteção contra a criança e o adolescente, está apoiado em três grandes eixos com cinco principais linhas de atuação: os eixos da Promoção, da Defesa e do Controle Social. As suas linhas: Promoção, Atendimento, Controle/Vigilância/ Fiscalização, Exigibilidade/ Defesa e a Responsabilização.

A integridade das ações é a lógica que precisa permear as articulações de espaços públicos e instrumentos/mecanismos a serem mobilizados na consecução dos objetivos do atendimento, da vigilância e da responsabilização, respectivamente. A Promoção de Direitos,

o primeiro eixo, tem como principal objetivo a deliberação e formulação da “política de atendimento de direitos” (ou de garantia de direitos) que prioriza e qualifica como direito o atendimento das necessidades básicas da criança e do adolescente, através das demais políticas públicas.

Resultado da reforma social proposta pelo Estatuto, que tem nas políticas públicas uma força a ser transformada em modos de garantir universalmente os serviços públicos básicos à população e de modo prioritário às crianças e adolescentes, suas bases estão nos preceitos constitucionais exemplificado no Artigo 194 da Constituição Federal, e no Artigo 87 do Estatuto da Criança e do Adolescente que define a Seguridade Social enquanto direito social básico, os seus princípios estruturadores e características fundamentais. Dito assim:

*"A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Parágrafo único - Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:*

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;*
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;*
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;*
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;*
- V - equidade na forma de participação no custeio;*
- VI - diversidade da base de financiamento;*
- VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados".*

Da mesma forma, o Artigo 87 do Estatuto da Criança e do Adolescente define:

*"São linhas de ação da política de atendimento:*

*I - políticas sociais básicas;*  
*II - políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo para aqueles que delas necessitem;*  
*III - serviços especiais de prevenção e atendimento médico e psicossocial às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão;*  
*IV - serviços de identificação e localização de pais, responsáveis, crianças e adolescentes desaparecidos;*  
*V - proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos de crianças e de adolescentes."*

As políticas sociais básicas têm duas direções: as políticas que buscam uma garantia estrutural dos direitos básicos para a criança e o adolescente e uma outra voltada para as políticas assistenciais, que visa à garantia conjuntural, como os programas de proteção especial designado a crianças e adolescentes em estado de vulnerabilidade social: abandonados, droga-dependentes, vítimas de maus-tratos que precisam ser abrigados, desaparecidos, “meninos de rua”, vítimas da exploração sexual infanto-juvenil, dentre outros.

Os organismos que compõem este eixo são os que contemplam as linhas de atuação da Promoção e da Assistência. São eles respectivamente: Secretarias de governo estaduais e municipais gestoras e executoras de políticas de saúde, educação, assistência, cultura, profissionalização, e a proteção especial citada logo acima, Conselhos de Direito da Criança e do Adolescente (CMDCA- nacional, estadual e municipal), Fundos da Criança e do Adolescente (nacional, estadual e municipal), Organizações não Governamentais (ONGs) que mantêm programas nesta área.

O segundo eixo, o da Defesa de Direitos tem por objetivo a criação de subsídios para a responsabilização do Estado, da sociedade e da família, pelo não-atendimento, atendimento irregular ou violação dos direitos individuais ou coletivos das crianças e dos adolescentes; e

como objetivos específicos, os de responsabilizar legalmente os atores de violação de direitos e de exigir e defender o acesso aos direitos assegurados em lei.

Quanto aos instrumentos/mecanismos ou medidas disponíveis para a realização da Responsabilização e a Exigibilidade e Defesa, são respectivamente: os Processos Judiciais, Investigação Policial, Aplicação de penalidades Administrativas, bem como a Aplicação de medidas sócio-educativas, Aplicação de medidas jurídicas e a Requisição de Serviços.

Os organismos que compõem esse eixo são: Segurança Pública (Polícias) Defensoria Pública a Criança e Adolescente (DPCA), Varas da Infância e da Juventude representando o poder judiciário, Varas especializadas em crimes contra a criança e o adolescente e Varas Criminais, Centros de Defesa, Ministério Público, Conselhos Tutelares, Organizações não Governamentais de defesa de direitos.

O terceiro e último eixo, o do Controle/vigilância e fiscalização social se reporta à vigilância do cumprimento dos preceitos legais constitucionais, acompanhamento, fiscalização e avaliação de programas e serviços que tenham como público alvo a criança e o adolescente sejam estes governamentais ou não, bem como registro das entidades de atendimento existente. Estas ações são destinadas à sociedade civil organizada e articulada em fóruns e em outras instâncias semelhantes (frentes, pactos dentre outras). Fazem parte deste eixo Organizações Não-Governamentais (ONGs), entidades de atendimento direto, entidades de classe, sindicatos, pastorais e ministérios eclesiais, associações de classes e outras formas de organização social que permanentemente vão surgindo na dinâmica da democratização das relações sociais.

É neste eixo que se encontra a força do social para a mobilização da sociedade para a sua própria participação na elaboração e monitoração dos orçamentos públicos, na aplicação dos recursos financeiros dos Fundos públicos pelos Conselhos de Direitos. É também nos seus movimentos que nascem e têm espaço de novos instrumentos a serem imaginados e

utilizados, bem como o desejo de conhecer mais a realidade em questão, de acordo com as necessidades de uma determinada sociedade civil, como exemplo na vigilância, acompanhamento e monitoração de desempenho dos organismos governamentais responsáveis pela prestação dos serviços de proteção especial.

A idéia de Sistema de Garantia de Direitos e as suas ações altamente válidas, vem com o intuito de desenvolver em seus núcleos que compõem as redes de proteção, um crescente entrosamento dos eixos Promoção, Vigilância e Defesa - e uma constante retroalimentação entre estes.

O que tem se mostrado neste conjunto de organismos é que cada um está preocupado em responder às suas especificidades, ficando as ações fragmentadas e isoladas. Sem esta integração das ações e principalmente das informações, o tecido da rede de proteção a criança e adolescente, tem ainda um caráter enfraquecido, e os atores costumam não saber para onde vão as suas ações e quais os desdobramentos realizados após a sua ação.

Um grande limite está no interior das instituições, sejam das governamentais ou não-governamentais, por não incorporarem ainda, esses novos movimentos sociais por serem regidos pelo centralismo autoritário intervencionista, que ainda encara as crianças e adolescentes como objetos de tutela.

Através da doutrina da “situação irregular” e do código de menores. Escolhendo estratégias voltadas para soluções meramente alternativas e de fachada. Acreditando nesta forma para driblar a fiscalização do Estado, arrecadando status de provedoras sem se implicar efetivamente na realidade local.

É preciso que os conselhos de direito assim como todos os organismos da Defesa e Responsabilização tenham consciência do papel importante dos representantes sociais e que estes espaços estejam sendo legitimados, e empoderados por todos para que haja uma democrática representatividade social, e não uma encenação de direitos por representantes

políticos das gestões no poder, para que haja um novo campo do exercício da democracia participativa e exercício da cidadania.

### **3.3.2-Redes de Proteção Integral de Crianças e Adolescentes:**

Por viver em sociedade, naturalmente o ser humano faz parte de tecidos sociais que compartilham de poder formal ou informal e de recursos humanos e materiais, de atores, grupos e instituições, em um determinado território.

O que pode tornar esse tecido mais resistente e coeso é o poder de articulação em torno de um objetivo comum, a construção de estratégias a execução de ações comuns, onde no processo de tear sua trama, haja uma participação coletiva com responsabilidade, compartilhada e assumida por todos os seus integrantes, onde as suas decisões sejam também democraticamente resolvidas na busca de consensos mínimos que garantam as ações conjuntas. Como se pode notar, construir uma rede requer muita habilidade, flexibilidade e persistência.

Desta forma é definido o conceito de rede como sendo um espaço de formação de parcerias, cooperação e articulação dos sujeitos institucionais, no âmbito público e privado, que promova ações visando a mobilização de recursos, o intercâmbio de dados e experiências e a formulação de projetos e políticas.

As redes são formas de organização conjunta entre elementos autônomos, onde as relações se pautam pela interdependência, complementaridade e horizontalidade. O poder se distribui de forma mais igualitária e ganha força e dinamismo por meio da descentralização e da ação articulada.

Quando se fala de Rede de Proteção Integral de Crianças e Adolescentes, se está direcionando para a composição já existente de um tecido social que vem atendendo a esse público infanto-juvenil, mas que precisa direcionar as suas ações para atender aos direitos da criança e do adolescente de forma integral, ou seja, através de um conjunto de organismos

governamentais e não governamentais e de atores que possam vir a buscar ações conjuntas na garantia desses direitos. Para isso, a responsabilidade precisa necessariamente, ter abrangência municipal, estadual, nacional ou internacional.

Como exemplo, podemos citar a Rede de Proteção de adolescentes, em conflito com a lei, a Rede de enfrentamento da violência sexual contra a criança e o adolescente e a Rede de Proteção dos meninos e meninas de rua, entre outras redes.

Para promover o desenvolvimento de uma rede de serviços como uma atuação articulada entre instituições e serviços governamentais, organizações e grupos da sociedade civil, é preciso reconhecer anteriormente, as redes de relações, ou seja, as pessoas e organizações que já estão inseridas no cotidiano, com diferentes trocas, conflitos e cooperações, fundamentais para o desenvolvimento dos indivíduos e da sociedade, como afirma a psicóloga Rosemary Peres Miyahara do CNRVV - Centro de Referências Vítimas da Violência do Instituto Sedes Sapientiae em São Paulo.

No âmbito da saúde infanto-juvenil em especial, a União, tem incentivado e consolidado políticas públicas e vem tecendo redes de fomento para a estruturação e qualificação da Rede de Atenção à Saúde, organizada no âmbito do SUS: *Rede de Prevenção da Violência, Promoção da Saúde e Cultura da Paz; Rede de Atenção Especializada; Rede de Vigilância em Saúde; Rede de Atenção Básica - Saúde da Família.*

As redes têm tido a preocupação de reafirmar os princípios da Convenção / Constituição: criança sujeito de direitos, proteção integral e prioridade absoluta e reconhecimento da condição de pessoa em desenvolvimento. Portanto têm buscado ações que exijam do dever da família, da sociedade e do poder público, uma ética de coresponsabilidade na proteção integral, sendo a palavra chave, a articulação.

Para tanto, a Nação tem se voltado, para um movimento, cada vez mais democrático e conseqüente descentralização do poder, e no SUS a municipalização tem conseguido se

firmar ainda mais; o que aumenta a participação da sociedade na criação e legitimidade dos vários Conselhos e a articulação com as políticas setoriais, as intervenções em redes de proteção, a busca por uma formação e informação qualificadas, ações da mídia, bem como a integração dos demais segmentos do Sistema de Garantia de Direitos.

As ações em rede foram criando força quando o governo federal, com a representação de seus ministérios, implementou Política e Programas de Governo voltados para essa demanda, em parceria com Organizações não Governamentais Nacionais e Internacionais. Dentre elas, tiveram destaque nesta última década, o PAIR (Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto-Juvenil no Território Brasileiro ) que ajudou na consolidação e fortalecimento da rede de proteção, o Projeto Escola que Protege voltado para a capacitação dos profissionais da educação na identificação e manejo de casos de violência encontradas nas escolas. O Programa Sentinela como princípio da assistência a crianças vítimas de maus-tratos e o PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil).

Outras ações, de fomento para a estruturação e qualificação da Rede de Atenção à Saúde, foram também criadas para consolidar as Políticas contra a violência:

- Política Nacional de Redução da Morbi-mortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737/2001)
- Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº 687/2006).
- Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – violência sexual e doméstica.
- Notificação de violências contra crianças e adolescentes na rede do SUS (Portaria nº 1968/2001).
- Rede Nacional de Prevenção de Violências, Promoção da Saúde e Cultura de Paz (Portaria 936/2004).

- Rede Nacional de Atenção Integral às Mulheres, Adolescentes e Crianças em situação de violência doméstica e sexual.

As estratégias e ações para as políticas organizada no âmbito do SUS têm trabalhado em rede. São elas: Rede de Prevenção da Violência, Promoção da Saúde e Cultura da Paz; Rede de Atenção Especializada, Rede de Vigilância em Saúde, Rede de Atenção Básica - Saúde da Família.

Desta forma, trabalhar também na construção de uma rede interinstitucional representam um desafio da pluralidade, pois é fundamental criar a vontade política a mais consensual possível entre os trabalhadores das equipes em torno de um projeto assistencial.

Na construção das Redes de proteção precisamos nos referenciar-se no Sistema de Garantia de Direitos estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente e construído distintamente nos Municípios, pois estes se articulam entre os organismos com diferentes funções, poderes e recursos tornando esta ação muito complexa.

### **3.3.3- Redes de Proteção Integral das Crianças e Adolescentes em Manaus:**

A Rede de Proteção Integral de Crianças e Adolescentes em Manaus é composta por várias entidades que já vinham atuando contra os maus-tratos infantis em Manaus muito antes da ênfase do trabalho em rede. As ações não menos eficazes, porém isoladas, vieram a se fortalecer com o incremento com o novo paradigma do Sistema de Garantia de Direitos.

Em Manaus o reconhecimento dessas ações teve força com a criação do Plano Operativo local, a metodologia de ações do PAIR, coordenado pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, com a assessoria técnico-metodológica da Escola de Conselhos, da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.

Esse programa visa a integração de políticas para a construção de uma agenda comum de trabalho, entre Governos, Sociedade Civil e Organismos Internacionais visando o desenvolvimento de ações de prevenção e atendimento a crianças e adolescentes vulneráveis ou vítimas da exploração sexual e tráfico para fins sexuais.

Em entrevista com a pedagoga Maria Eliana Mendes Hayden, em fevereiro de 2009, até então, Secretária Executiva do PAIR em Manaus, pôde-se conhecer um pouco mais a história no município deste Programa para o enfrentamento das formas de violência, principalmente a violência sexual contra a criança e adolescente.

Esta relata que foi em 2003 que começou a ser posto em prática em prática o Plano Operativo local do PAIR no município de Manaus. Neste período, como já foi dito, havia alguns serviços de atendimento às vítimas de violência doméstica e sexual. Porém esses serviços que hoje são chamados de redes sociais eram escassos, com estruturas precárias de funcionamento e suporte necessário, além de serem ações isoladas no município de Manaus, caracterizando então uma desarticulação entre si.

Com a implantação do Programa houve uma revitalização das ações, pois foi identificada a necessidade de reestruturar os serviços já existentes, criar novos serviços para poder dar suporte à grande demanda já reconhecida de vítimas de violência que possivelmente tenderia a aumentar ainda mais com a divulgação do ECA e do PAIR na cidade de Manaus.

Na época, segundo Hayden (2009) foi feito um mapeamento de todas as instituições que atendiam vítimas de violência sexual e doméstica que eram as seguintes: Delegacia do Menor Infrator, cinco Conselhos Tutelares, Programa Sentinela, A Casa Mamãe Margarida, Central de Resgate Social, Movimentos dos meninos e meninas de Rua e outros.

Os serviços estavam sendo executados sem a existência de instrumentos de planejamento e monitoramento prévios, principalmente os Conselhos Tutelares, que em sua maioria, realizavam as suas atividades de forma assistemática, informal ou não estruturada.

Algumas secretarias municipais como a SEMINF e a SETRAB, utilizavam instrumentos como relatórios ou atividades mais diferenciadas apresentadas pelo Programa Sentinela. No entanto, havia uma dificuldade em gerar dados estruturados, com relação ao efetivo trabalhado e com os objetivos ainda não muito claros, o que tornava inviável utilizar os dados para análise e avaliações, clareza na tomada de decisões; e os dados existentes não proporcionavam visibilidade para a sociedade do real contingente de maus-tratos à criança na cidade de Manaus.

Para começar as ações do PAIR/Manaus, se organizou um comitê gestor e/ou uma comissão interinstitucional, e se elaborou um protocolo de intenção com o compromisso de todas as instituições que compõem o comitê gestor local, assegurando recursos materiais e financeiros para diminuir a violência sexual infanto-juvenil no município de Manaus.

Esse comitê, composto de atores sociais que já vinham trabalhando com essa realidade, verificaram a necessidade de criar, aparelhar e implementar outros serviços como uma Delegacia Especializada de Crimes contra Crianças e Adolescentes, uma Vara Especializada em Crimes contra Criança e Adolescente.

Dessas ações, as que ainda estão por serem efetivadas são: a criação de Núcleo na Defensoria Pública, especializada em defesa de direitos de criança/adolescente, Banco de Dados pela prefeitura de Manaus, a criação de Abrigos para Meninos e meninas vítimas de violência sexual e doméstica e é preciso rever a portaria municipal que credita no funcionamento dos Conselhos Tutelares somente até 13 horas, para atendimento do público.

Também foi possível avançar quanto à criação de mais dois Conselhos Tutelares: um na zona Rural Rodoviária /Ribeirinha e outro na zona leste da cidade de Manaus.

Hoje fazem parte da rede de proteção à criança e adolescente, como prevê o SGD, as secretarias estaduais e municipais de Educação, de Saúde, de Assistência Social, de Segurança Pública, de Cultura, os Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, Conselhos Tutelares, Secretaria de Justiça, Polícia Rodoviária Estadual e Federal, Polícia Militar, Universidade Federal e Estadual do Amazonas, SAVAS (Serviço de Atendimento às Vítimas de Agressão Sexual), os fóruns de Direitos da Criança e do Adolescente e as ONGs: Nosso Lar, Lar Fabiano de Cristo, Casa Mamãe Margarida, CEDECA Pé na Taba, Estação Direito, MOCOCI (Movimento Comunitário pela Cidadania), Educandário Gustavo Capanema, Cáritas, Pastoral da Criança e Ministério Público.

Os programas e serviços destas entidades têm caminhado para ações de prevenção, reeducação, denúncia, acompanhamento e formação desta demanda. A rede criada no município de Manaus é ainda insuficiente. Portanto é necessário disponibilizar mais recursos financeiros e humanos, aparelhar com recursos tecnológicos e carros os Conselhos Tutelares, a Delegacia e o Programa Sentinela para atender melhor a vítima de violência.

### **3.4- A Grande e pequena angular da definição e dos tipos de maus-tratos contra a criança e o adolescente**

*“Nenhuma criança ou adolescente será sujeito de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais”. (Lei Federal 8.069/90, ECA, 1990).*

O Brasil é palco de enormes desigualdades econômicas e sociais. A desigualdade de oportunidades corrobora com a injusta situação de direitos humanos em nosso país, que expressa à violência de maior espectro contra crianças e adolescentes, a violência estrutural sendo o Estado o seu maior responsável.

Apesar da difícil conquista das garantias democráticas, expressas na Constituição de 1988 e no ECA, ainda encontramos nas regiões do país a negligência ou total abandono das políticas públicas para essa população e o constante descompromisso com o princípio constitucional da prioridade absoluta a crianças e adolescentes.

Os maus-tratos contra crianças e adolescentes têm raízes econômicas, culturais e históricas, como afirma Faleiros (1998)...

*"violência aqui não é entendida como ato isolado, psicologizado pelo descontrole, pela doença, pela patologia, mas como um desencadear de relações que envolvem a cultura, o imaginário, as normas, o processo civilizatório de um povo".*

As relações quando se caracterizam por maltrato, desenvolvem a característica de desigualdade de força e poder, em uma das suas polaridades, a estrutura que se baseia na obtenção de vantagens (dominação, prazer sexual, lucros) sobre a outra, não importando os meios, ficando para a polaridade oposta à posição de objeto de seus "ganhos". Portanto a relação violenta, nega os direitos do dominado, bem como destrutura a sua identidade.

Para Minayo (1990), a violência estrutural "caracteriza-se pelo destaque na atuação das classes, grupos ou nações econômica ou politicamente dominantes, que se utiliza de leis e instituições para manter sua situação privilegiada, como se isso fosse um direito natural".

A desigualdade de oportunidades por si só é extremamente violenta, por privar ao indivíduo de seus direitos fundamentais. Algumas dessas realidades podem ser expressas através das pesquisas nacionais com relação a crianças e adolescentes.

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) de 2006, o Brasil possui uma população de mais de 187 milhões de habitantes, dos quais quase 60 milhões têm menos de 18 anos de idade, o que equivale a quase um terço da população brasileira e um terço de toda a população de crianças e adolescentes da América Latina.

Estudos indicam que mais da metade das crianças brasileiras estão vivendo com suas famílias com a renda mensal abaixo de  $\frac{1}{2}$  salário mínimo per capita por mês. (IBGE/PNAD 2006– Tabulação Especial de Equidade).

O Ministério de Desenvolvimento Social – MDS estima que quase metade das famílias com crianças na primeira infância, tem o rendimento familiar mensal de até  $\frac{1}{2}$  salário mínima o que as coloca abaixo da linha de pobreza. O destaque nacional para este quadro vem para as regiões Norte e no Nordeste, onde se encontra respectivamente os percentuais de 55,1% e 66,9% das crianças de até seis anos que moram em famílias classificadas como pobres.

Segundo a UNICEF (2008), mais de sete milhões de famílias com crianças de até seis anos de idade vivem em situação de vulnerabilidade. Dessas, cinco milhões se encontram nas regiões Norte e Nordeste do país. Enquanto, no Brasil, 50,3% das crianças de até 17 anos estão em condição de pobreza, no Norte, essa proporção chega a 61,1%.

Os Cadernos do Brasil, UNICEF (2008), apontam para as regiões Norte e Nordeste, que apresentam os maiores percentuais a serem superados pelo país, no que diz respeito à

situação de pobreza das famílias de crianças abaixo de seis anos de idade: baixa cobertura no pré-natal, sub-notificação de óbitos infantis. Além disso, a região Norte continua sendo a região onde ocorre o maior número de nascimentos com mães com menos de 15 anos, registrando 11% /1000 em 1995 e 14,7/1000 em 2005.

Um dos desafios em toda a Amazônia é fazer chegar as políticas públicas às áreas mais distantes dos centros urbanos, isto é, no interior dos Estados, em razão, entre outras, a situação geográfica, onde existe baixíssima cobertura de malhas viárias. Essa dificuldade de acesso impõe a esses grupos uma vida de isolamento em que o principal meio de transporte é a tradicional embarcação fluvial.

A desnutrição entre crianças menores de 1 ano diminuiu em mais de 60% nos últimos cinco anos no estado do Amazonas, mas ainda existem cerca de 60 mil crianças com menos de 1 ano desnutridas (Ministério da Saúde). A taxa de mortalidade entre menores de 5 anos vem também caindo no Brasil, de 59,6 por mil nascidos vivos em 1990 para 29,9 em 2006.

A queda da mortalidade infantil no Brasil está associada a uma série de melhorias nas condições de vida e na atenção à saúde da criança, em relação a questões como segurança alimentar e nutricional saneamento básico, vacinação e modelo de atenção à saúde (27 mil equipes de saúde da família atendem 58% da população brasileira).

Os sub-registros de nascimento também vêm apresentando uma queda constante nos últimos anos. Pelos dados do IBGE, no Brasil, o número de sub-registros passou em média de 30,3% em 1995, para 12,7% em 2006, o que representa uma diminuição de 58,1%. O registro civil de nascimento é considerado o vínculo formal com o Estado e os conseqüentes serviços que este fornece ao cidadão.

Portanto a partir do IBGE/ Estatísticas do Registro Civil de 2006, os percentuais de sub-registro de nascimento resultam da razão entre o número de nascidos vivos informados

pelos cartórios ao IBGE, e o número de nascimentos estimados pelo IBGE, na população residente em determinado espaço geográfico, em um ano considerado.

Em 2006, para o Amazonas, a estimativa quanto aos sub-registros de nascimento é de 24,5%. Desta maneira, é possível compreender sob a ótica social, a possível situação de vulnerabilidade em que se encontram as crianças que pertencem a este percentual no Amazonas.

Houve aumento em todas as regiões do Brasil quanto a nascidos de mães menores de 15 anos, com um aumento da média nacional de 6,9 por mil nascidos vivos em 1994, para 8,8 por mil em 2005, o que representa um crescimento de 28,6%. Em números absolutos, tinha, em 1994 18 mil bebês nascidos de crianças e adolescentes menores de 15 anos; em 2005, foram 27 mil.

Quanto à idade das mães, na região Norte, existe um número alto de mães entre 10 e 19 anos. No ano de 2005, pelos dados do Ministério da Saúde, em 28,5% dos partos na Região Norte, as mães estavam nessa faixa etária. A média nacional de mães nessa faixa etária é de 21,8% do total.

Em relação à iniquidade brasileira, 63% do total de crianças e adolescentes indígenas, têm até 6 anos de idade e vivem em situação de pobreza. Apesar da melhora das taxas de mortalidade infantil nacionalmente, há grandes desafios a superar, como as desigualdades regionais e as iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos.

A taxa de mortalidade da população indígena é de 48,5 por mil nascidos vivos (138% maior do que para a população branca), enquanto para a população negra é de 27,9 por mil (37% maior do que para a população branca). A taxa para a população branca é de 20,3 por

mil nascidos vivos. A Região Norte é a segunda do país com maior número de registros de remanescentes de quilombos, e a região com a maior população indígena.

Essa expressão das desigualdades regionais, também vem corroborando a construção do sentimento de inferioridade, reflexo da violência simbólica existente no país entre as regiões. O sistema simbólico de culturas dominantes desconsidera as adversidades geográficas, econômicas e culturais das regiões menos favorecidas nos índices de desenvolvimento do país, causando um real desconforto para os seus habitantes.

As construções sociais dos sistemas simbólicos de uma determinada cultura e a sua manutenção que caracterizam uma sociedade em si, por meio da interiorização da cultura dominante pelas pessoas. A violência simbólica se traduz pela imposição não percebida, dissimulada dos valores e símbolos de poder que se tornam naturais e inquestionáveis, mas que difundem uma superioridade que discrimina, ridiculariza, humilha e exclui outras culturas concomitantes (BOURDIEU; 1970).

Outra forma de maltratar é aquela encontrada nas instituições como as escolas, os abrigos, as restrições de saúde, que são espaços destinados a proteger criança, mas que muitas vezes vêm praticando atos de violência nas suas diferentes formas: física, psicológica e sexual. A falta de recursos (humanos e materiais) também expressa a violência estrutural que essas instituições vivenciam, e acabam por fundamentar serviços abandonados e negligentes, que desrespeitam os seus usuários com atendimentos precários, ou de pouco acesso, ocasionando muitas vezes as chamadas evasão.

Assis e Constantino (2003), em um levantamento bibliográfico sobre o tema da violência contra crianças e adolescentes na década de 90, chamaram a atenção para a grande quantidade de trabalhos produzidos nas diversas áreas da saúde. Segundo as autoras, na década de 80, muitas publicações, no campo da psiquiatria, apresentavam os aspectos

psicopatológicos e psicodinâmicos (psicopatias) na tentativa de correlacioná-los com os comportamentos de delinquência juvenil.

Durante este período, buscou-se uma nova práxis interdisciplinar na educação e promoção de saúde, como referência à valorização do sujeito-cidadão ativo e consciente como pode ser observado nos trabalhos de Faleiros e Franke (2001).

A UNICEF (2000) nesta década elaborou uma estratégia fundamental para cobrar dos diferentes países o cumprimento das metas fixadas no Encontro Nacional de Cúpula pela Criança, bem como da efetiva implantação da Declaração dos Direitos Humanos. Respalhada na nova concepção de saúde, não mais entendendo saúde como ausência de doença.

Estudos de retrospectiva história da violência contra criança e ao adolescente (KEMPE e KEMPE, 1985; MARCÍLIO 1998) também contribuíram no avançar de uma maior compreensão do fenômeno em si; e outros (NARVAZ, e KOLLER 2006; AZEVEDO e GUERRA 1988 e 1989) na desmistificação do pátrio poder, do modelo adultocêntrico e dos maus-tratos como questão de cunho privado, passando a questionar a família, a sociedade e a própria União, sobre seus poderes normatizadores e punitivos.

A violência doméstica praticada no país, contra crianças e adolescentes, segundo o Ministério da Saúde- MS (2002), engloba todos os tipos de maus-tratos, o abandono, a negligência, e os abusos: físico, psicológico e sexual, podendo também ocorrer em ambientes outros além do familiar, como instituições de internamento, comunidade e ambiente social em geral.

No país, a existência e o estabelecimento de normas técnicas e rotinas para a orientação dos profissionais de saúde, frente ao problema da violência, é incipiente, o que contribui para a dificuldade desses profissionais de diagnosticar, registrar e notificar os casos. Por outro lado, contribui também para este encobrimento, o pacto de silêncio, característico destes atos, nos lares, espaço socialmente considerado imune de violência, mas que, muitas

vezes, constitui-se como um ambiente privilegiado para a prática de maus-tratos contra crianças e adolescentes.

A violência familiar por ser fenômeno amplo que ocorre em um ambiente privado, dificulta o seu reconhecimento, pois é cometida pelos adultos sobre os membros mais vulneráveis do grupo familiar, em especial as crianças, como pontuam dentre outros autores (FERRIANI, GARBIN, RIBEIRO, 2004; CAMARGO e BURALLI, 1998; MORAIS, 1998; ALGERI, 2001, e MINAYO, 2001).

*“(...) a violência contra crianças e adolescentes é todo ato ou omissão cometido pelos pais parentes, outras pessoas e instituições capazes de causar dano físico, sexual, e/ou psicológico à vítima. Implica, de um lado, uma transgressão no poder/ dever de proteção do adulto e da sociedade em geral e, de outro, numa coisificação da infância. Isto é, uma negação do direito que a criança e adolescente têm de serem tratados como sujeitos e pessoas em condições especiais de crescimento e desenvolvimento”.*

Azevedo e Guerra (1998) consideram que, sendo a família um núcleo básico de formação da criança, esta é uma instituição social com a maior responsabilidade pelos cuidados e pela socialização da criança, e que todo ato de violência praticado contra crianças é uma negação do direito que elas têm de serem tratadas como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

O primeiro estágio de violência contra a criança e o adolescente é o da negação da sua existência, o da negligência e do abandono, caracterizado principalmente pela falta de compromisso com a responsabilidade familiar, no suprimento das suas necessidades básicas, conceituam Duarte e Arboleda (1997).

Portanto a negligência é considerada como sendo todo ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente, no provimento de todas as necessidades individuais para um desenvolvimento saudável. O abandono é considerado como a agudeza do comportamento

negligente, que pode aparecer nas unidades de saúde, na expressão de total descuido por parte do responsável com relação à higiene, a alimentação adequada, proteção e segurança, e socialização da criança e do adolescente.

Identificar a negligência é bastante complexo, devido à violência estrutural de que na maioria das vezes as famílias são vítimas; o que torna tendencioso quanto à existência de intencionalidade. Porém, tem sido comum o elevado nível de evasão das unidades de saúde, interrompendo tratamento, muitas vezes justificado como falta de tempo ou ameaça de perda do trabalho dos responsáveis, nos processos de internação.

Independente da culpabilidade dos responsáveis em não prover as necessidades adequadas à criança, é de suma importância que as equipes de saúde tenham uma atitude de proteção integral para com estas crianças.

Já a violência física, como fenômeno de mortificação do corpo, é definida por Guerra, (1985 e 1992) Abrapia, (1992) e Azevedo e Guerra (1995) como uma relação social de poder desigual, através do emprego de força física, de forma não acidental que se manifesta nas marcas que ficam no corpo, ocasionando diversos tipos de ferimentos.

Os maus-tratos físicos quando recorrentes, e associados a outras formas de violência, como a psicológica, por exemplo, são entendidos como síndromes, por terem características semelhantes na maneira de se apresentarem, sendo as mais conhecidas as apresentadas a seguir:

A “Síndrome do bebê sacudido” é uma forma particular deste tipo de mau-trato e consiste em lesões cerebrais que ocorrem quando a criança, em geral menor de 6 meses de idade, é sacudida por um adulto.

É encontrada na literatura também a Síndrome da criança espancada “*se refere, usualmente, a crianças de baixa idade, que sofreram ferimentos inusitados, fraturas ósseas, queimaduras etc. ocorridos em épocas diversas, bem como em diferentes etapas e sempre*

*inadequada ou inconsistentemente explicados pelos pais” (AZEVEDO & GUERRA, 1989).*

O diagnóstico é baseado em evidências clínicas e radiológicas das lesões.

Finalmente a Síndrome de Munchäusen por procuração, é conhecida como situação na qual a criança é levada para cuidados médicos devido a sintomas e/ou sinais inventados ou provocados pelos seus responsáveis; o que pode desencadear diversos desconfortos físicos e psicológicos à criança, por expor a criança ao ambiente hospitalar, submetê-la a exames complementares e administrar medicamentos desnecessários.

A violência psicológica, como destruição da auto-imagem do outro, é definida por Deslandes (1994) “[...] como a interferência negativa do adulto ou pessoa mais velha sobre a competência social da criança, produzindo um padrão de comportamento destrutivo”.

Entre as maneiras mais comuns praticadas estão: a negação, o isolamento e agressões verbais, chantagens, regras excessivas, ameaças (inclusive de morte), humilhações, rejeição, exigência de comportamentos éticos inadequados, estigmatização, desqualificação.

A violência psicológica costuma ser a mais freqüente e menos identificada, devido ao alto nível de tolerância da criança à mesma e por estar imbricada na ética das práticas de convivência, pouco trabalhada nos espaços públicos e sociais. Também é conhecida como sendo o uso ilegítimo da autoridade nas relações de poder. Acontece mediante a inversão de papéis, de proteção para opressão, quase sempre amparada por posições autoritárias.

Muitas vezes, a escolha por relações opressoras com a criança e o adolescente está calcada na reedição de relações parentais primitivas dos adultos, também violentas e que desconsidera o momento do desenvolvimento da criança e do adolescente, e suas capacidades de compreensão dos limites civilizatórios.

Essa violência tende a provocar conteúdos traumáticos que afetam o desenvolvimento psicológico da criança e do adolescente, seu comportamento e suas atitudes diante do mundo, bem como as suas emoções e sentimentos, podendo refletir diretamente na maneira como a criança vem a interagir socialmente, acentuando atitudes de passividade ou agressividade.

Portanto, esse tipo de violência tende a destruir a auto-imagem de quem é agredido, que pode também apresentar pouca estima por si mesma e/ou depressão. Não raro, as crianças e adolescentes podem se tornar extremamente ansiosos ou negligentes consigo mesmas. Na sua expressão aguda, podem apresentar elevado grau de desatenção, pouco élan vital, não característico dessa fase da vida.

Já a violência sexual e suas formas são consideradas como o uso perverso da sexualidade do outro, e podem ser realizadas em forma de abuso ou exploração.

A violência sexual contra crianças e adolescente é uma forma de violação dos direitos humanos, que possui um caráter íntimo e relacional, desviando todo o fluxo organizativo das estruturas psíquicas e sociais de suas vítimas, principalmente quando expostas a abusos de longa duração. Faleiros (1998, p.74-81), considera importante nomear e se atentar para as diversas formas desses abusos, e principalmente dos validados pelo mercado do sexo infanto-juvenil.

Cabe então, segundo a autora, evidenciar a existência em todo território brasileiro, desta expressão dos maus-tratos nas formas de abuso sexual intra e extra-familiar, com ou sem contato físico, de caráter incestuoso ou não, como também a prostituição e a pornografia infanto-juvenil, o turismo sexual e o tráfico de crianças e adolescentes para fins sexuais.

O abuso sexual é por definição toda situação em que uma criança ou um adolescente é usado para gratificação sexual de pessoas mais velhas. Em Abrapia (1992), o agressor “[...] se aproveita do fato da criança ter sua sexualidade despertada para consolidar situações de

acobertamento; a criança se sente culpada por sentir prazer e isso é usado pelo agressor para conseguir seu consentimento”.

Segundo Cohen (1993) também é chamado de abuso intra-familiar incestuoso, qualquer relação de caráter sexual entre um adulto e uma criança ou adolescente ou entre um adolescente e uma criança, quando existe um laço familiar (direto ou não) ou relação de responsabilidade.

Furniss (1993) encontrou uma espécie de “enfeitiçamento” do agressor com o abusado, quando esses abusos sexuais se dão de forma repetitiva, envolvendo-o em uma cilada, da qual não pode e nem sabe se livrar.

Através de um enredamento constituído de trama emocional contraditória de amor/ódio, sedução/ameaça, que se sustenta através de rituais, do silêncio, da chantagem e de uma forma de comunicação perversa, passando a ser devastador, qualquer abuso no desenvolvimento físico, social e psíquico da criança, como ressaltam Azevedo e Guerra (1988). Normalmente, as famílias nas quais essas ocorrências são registradas possuem estruturas muito fechadas, em que seus membros têm pouco contato social. Detêm uma hierarquia rígida, em que a obediência à autoridade masculina é incontestável.

A distribuição dos papéis entre pais e filhos tende a ter perfil mais tradicional, principalmente quando a menina assume funções e características da mãe (cuidar de afazeres domésticos e de irmãos menores). O padrão de relacionamento não deixa claro, as regras de convivência. A comunicação não é aberta e as demonstrações de afeto, quando existem, tendem a ser misturadas com doses de erotismo, segundo Azevedo e Guerra (1998).

Meneghel (1996), ao traçar o perfil de famílias maltratantes/ maltratadas, verificou que a mulher maltratada, quase sempre agride os filhos. Os pesquisadores (ALGERI, 2001; MENEGHEL, 1996; MARTINS, 1997) diferenciam as famílias que apresentam negligência, violência física ou psicológica das que cometem abuso sexual, descrevendo as primeiras que

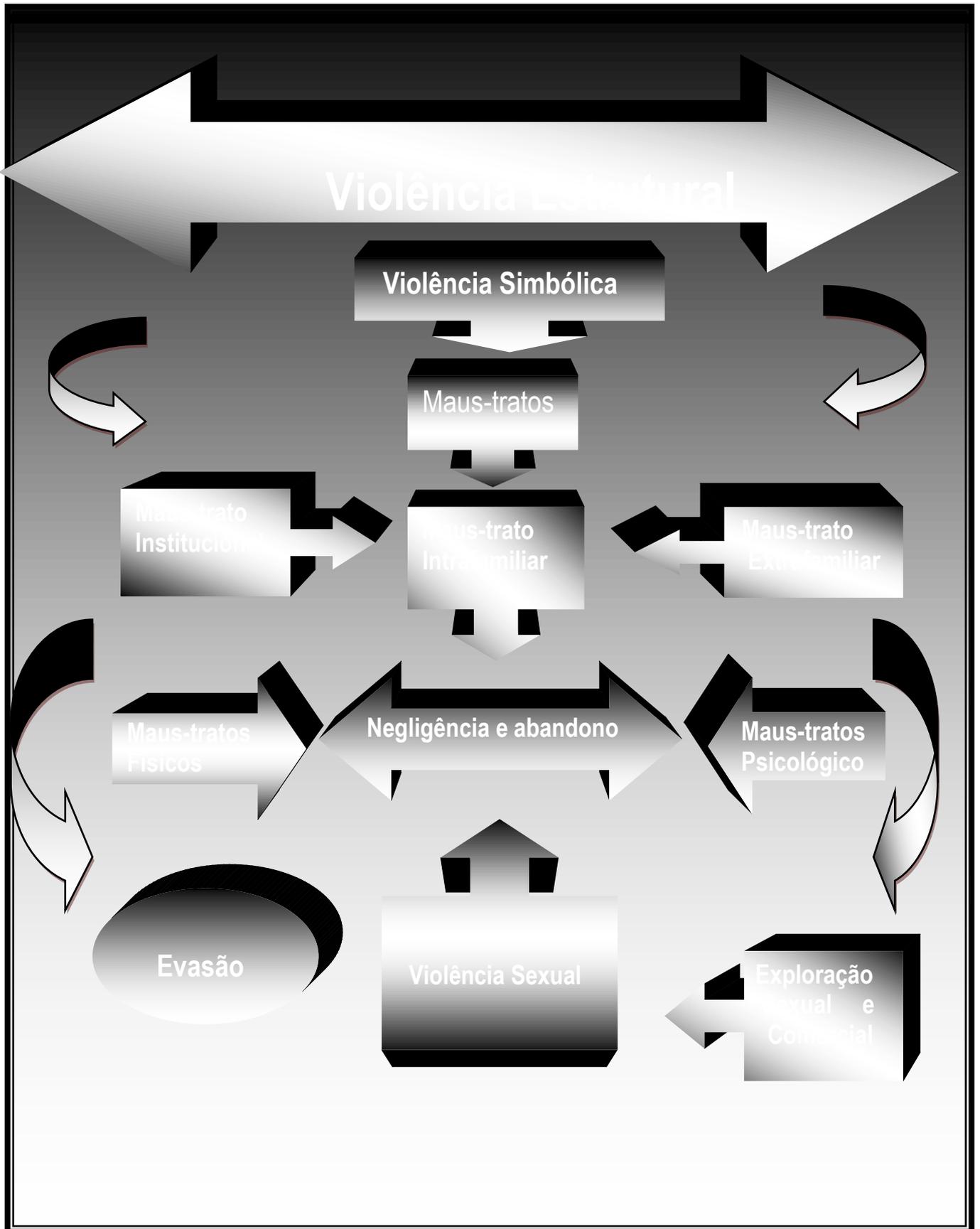
cometem as violências: de negligência, de abandono, físico e psicológico, com tendência a ter pais que ocultam as lesões da criança, com explicações não-convincentes, conflitantes, para as lesões e outros problemas. Estes costumam ter um perfil de apatia e indiferença no trato com seus filhos, e severidade na educação do mesmo. São hostis, humilham e desqualificam os mesmos em público. Apresentam os filhos como “desobedientes”, “incorrigíveis” e “malvados”. Muitos desses pais repetem as experiências de maus-tratos sofridos enquanto crianças e, geralmente, são usuários de álcool e outras drogas.

Já as famílias que apresentam casos de abuso sexual de crianças demonstram peculiaridades diferentes, enquanto nas primeiras, encontramos proteção exageradas com a criança e o adolescente, demonstrando controle rígido sobre as relações sociais, mostrando sentimentos de posse e ciúme exagerados, manifestando proibição das relações de namoro e apresentando desconfiança permanente.

Famílias com caso de abuso sexual costumam acusar a criança ou o adolescente de ter um comportamento sedutor e/ ou promíscuo, comprovando uma clara inversão de papéis, e é habitual que a filha desempenhe o papel de mãe dentro de casa. Muitos são os sinais e sintomas apresentados pelas crianças que são violentadas, e dentre estes, os principais são: tristeza, isolamento, retraimento e baixa auto-estima. Na maioria das vezes, são hiperativas, agressivas e rebeldes.

No desempenho escolar, apresentam problemas de aprendizagem e constante estado de alerta. Quase sempre estão defensivas, com vergonha excessiva, fuga de contatos físicos e tendência a idéias e/ ou tentativas de suicídio. Pode-se observar, também, fadiga constante, perda ou excesso de apetite, enurese e/ ou encoprese, desnutrição, lesões físicas observáveis, infecções urinárias, dor ou inchaço na área genital ou anal, doenças sexualmente transmissíveis e comportamento inadequado para a idade (sedutor ou sexualizado), Silva e Silva (2003).

Figura 1: Diagrama da Violência



### **3.5- Serviços de Saúde: um lugar de identificação dos casos de maus-tratos?**

*"Se numa Cidade os cidadãos não tomam das armas porque estão aterrados pelo medo, não se pode dizer que aí exista paz e sim mera ausência de guerra. A paz não é pura ausência de guerra, mas virtude originada da força d'alma no respeito às leis [...]. Uma Cidade onde a paz é efeito da inércia dos súditos tangidos como rebanho e feitos apenas para servir merece antes o nome de solidão do que de Cidade." Espinosa, Tractatus politicus*

Por serem os maus-tratos os resultados da ação humana e produzidos dos seus modos de vida psicossocial em seus engendramentos de disposição para a vida e não uma disfunção orgânica propriamente dita, este demorou muito para entrar na agenda de saúde do país. Por muito tempo fora considerado um problema de Segurança Pública, assim como os acidentes.

Os temas Violência e Acidentes passam a estar ao lado das doenças crônicas e degenerativas, a partir dos muitos esforços teórico-metodológicos e político nas décadas de 60 e 70 do século passado para se compreender saúde como um conceito ampliado e plural, como o da 8<sup>o</sup> Conferência Nacional de Saúde no Brasil.

Esse novo conceito de saúde, ao contrário de saúde como ausência de doença e dominada pelos ditames hegemônicos da medicina, passa a integrar no seu balanço diagnóstico, os modos de vida e as condições psicossociais e culturais de um povo na avaliação de sua qualidade de vida. Todos esses esforços têm resultado em movimentos de descentralização de poderes e gestões cada vez mais representativas da coletividade, em contraponto dos movimentos individualistas e centralizadores.

Num outro olhar a transição epidemiológica causada pelos diversos modos de vida existentes, mas, principalmente, pela velocidade do crescimento do urbano e suas mazelas, também, foi motor para essa inclusão. Porém, segundo Minayo (2006), nunca um tema provocou, e ainda provoca, tanta resistência para entrar no setor da saúde como o tema da violência e acidentes. Esta realidade pode ser explicada por se tratar de um tema que envolve revisão epistemológica dos modos de produção de poder e legitimação da compreensão do fraterno nas relações humanas.

A inclusão do tema no campo da saúde é inegavelmente importante devido a inúmeras estatísticas vinculadas a mortes prematuras, acidentes e traumas por causas externas e seus conseqüentes prejuízos econômicos, estragos físicos, mentais e emocionais causados em suas vítimas e famílias. Porém, foi somente na década de 80 que o tema entra com mais força na agenda de debates políticos e sociais, como cita Minayo e Souza (1999) em referência a Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), em reunião com os Ministros da Saúde das Américas:

*A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países [...]. O setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social. (Opas, 1994:2).*

No Brasil, essa aceitação pelo setor da saúde tem se dado lenta, fragmentada e em movimentos progressivos advindos de equipes de profissionais da saúde comprometidos com a saúde e o desenvolvimento integral, na busca da de uma legitimação da cidadania anunciada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e da efetivação da Lei Orgânica da

Saúde, com princípios que regem o SUS, que vão ao encontro de uma construção sólida de medidas e tratos desta demanda, como: a universalidade, a integralidade, equidade, a descentralização política administrativa, a intersetorialidade, dentre outros.

Minayo (1999, 2004) acredita que apesar da violência ser antes de tudo uma questão social, esta demorou a entrar nos protocolos da saúde do País, e que esta ação se justifica “*pelo impacto que provoca na qualidade de vida; pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares; também, pela concepção ampliada de saúde, a violência é objeto da intersetorialidade, na qual o campo médico-social se integra*”.

Cada vez mais os serviços de Atenção Básica e Atenção Integral a família vem se tornando espaços privilegiados para o estado de alerta e sentinela na detecção de eventos violentos que surgem no âmbito populacional. Contudo, uma boa parte dos casos de maus-tratos ainda não é identificada, por considera-se que a violência, muitas vezes, não é percebida em toda sua dimensão. Corroborando com esta afirmação é citado:

A-) Reichenheim (2003) apresenta que mundialmente, poucas agressões contra crianças são denunciadas – tanto pelos pais quanto pelos profissionais – causando baixa notificação.

B-) Deslandes (1999) considera que é comum que a notificação gere uma expectativa por "justiça" entre os familiares. Em geral, o profissional de saúde que notificou passa a ser visto como co-responsável pelos desdobramentos (positivos e negativos) dos diversos encaminhamentos que são feitos a partir da notificação, “*(...) O registro e a notificação dos casos de violência doméstica contra a criança e o adolescente mostraram-se absolutamente precários (...) os profissionais de saúde demonstram uma grande relutância em assumir uma notificação de maus-tratos*”.

Tal resistência é fundamentada em:

a) experiências negativas anteriores vividas ou relatadas (em que o próprio profissional foi perseguido pelos familiares ou teve que prestar depoimentos um número incontável de vezes);

b) receio de a criança ser enviada para qualquer instituição pública, causando-lhe maiores danos;

c) visão de que se trata de um “problema de família”, não sendo de responsabilidade de uma “instituição de saúde”;

d) temor de “estar enganado” e notificar uma “suspeita infundada”;

e) crença de que sua ação deve se restringir ao cuidado das lesões;

f) descrença quanto às reais possibilidades de intervenção;

Em 2001, o Brasil aprovou a portaria do Ministério da Saúde que institui uma Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), que permeia três princípios básicos em consonância com os do SUS:

A saúde como direito humano e fundamental e essencial ao desenvolvimento social e econômico;

- O direito e o respeito a vida como valores éticos da cultura e do setor saúde;
- A promoção da saúde como a base de todos os programas, projetos e atividades de redução de violência e acidentes (Brasil, MS 2001a).

As diretrizes que regem este documento são:

1. A promoção de adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis;
2. Monitoramento da ocorrência de acidentes e violência;
3. Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
4. Incremento de uma força de assistência multiprofissional às vítimas de violência e acidentes;
5. Estruturação e consolidação dos serviços de recuperação e reabilitação;

6. Investimento na capacitação de recursos humanos, em estudo e em pesquisas específicas, sobretudo nos assuntos que possam iluminar as práticas nos três níveis (federal, estadual e municipal), principalmente o local.

No período de 2001 a 2006, o Ministério da Saúde implementou a ação de avaliação e monitoramento, criando instrumentos que visam a consolidar a PNRMAV, criando portarias como a 1.968/2001 (Brasil, 2001b), que institui a notificação obrigatória pelos profissionais da saúde das situações de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança e adolescentes; a 1.969/2001 (Brasil, 2001c), que corrobora com o preenchimento do registro na Autorização de Internação Hospitalar (AIH) nos casos de atendimento das causas externas, e as Portarias SAS/ MS 969 (Brasil, 2001d) e 970/2002 (Brasil, 2002), construindo um novo instrumento de entrada no SUS, visando uma abordagem mais ampla e com mais qualidade de dados na entrada do paciente na unidade de saúde.

Segundo Minayo e Deslandes (2007, p.27), esses movimentos tendem a favorecer para a visibilidade da problemática, mas, podem também, emperrar a assistência com uma burocratização, se não refletir em debates públicos e medidas para a criação de políticas públicas. A autora também chama a atenção para ampliação das discussões do tema perpassar pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) existente no país, fortalecendo também a assistência aos maus-tratos.

Quanto ao manejo da violência intra-familiar, Furniss (1993) entende que a abordagem requer uma equipe interdisciplinar para avaliação, diagnóstico e tratamento, sendo qualquer membro da equipe, capaz de desenvolver grupos de auto-ajuda, oficinas, vinculando as referidas famílias com as redes de apoio à comunidade tais como: postos de saúde, clube de mães, escolas e igrejas.

### 3.6- A Urgência/Emergência Pediátrica e os Profissionais de Saúde

*"Viver é muito perigoso!*

*Querer o bem com demais força de incerto jeito,  
pode já estar sendo por se querer o mal por principiar.*

*Esses homens!*

*Todos puxavam o mundo para si, para um consertar concertado,  
mas cada um só vê e entende as coisas dum seu modo.*

*Trecho de Grande Sertões -veredas- Guimarães Rosa.*

O setor de emergência tende a ser uma das portas de entrada do Sistema de Saúde que tem uma característica peculiar. Rey (1999, p.258) define emergência como uma qualidade essencial da contingência, ou seja, do imprevisível, que pede do profissional e do paciente, ações rápidas ou quadros agudos, que compõem mudança inesperada do estado de saúde, tendendo para um agravamento e precisando de cuidados da equipe de saúde em situação de urgência.

Portanto, este setor do hospital destina a atender o quadro de adoecimento emergencial, que tende a causar nos seres humanos uma sensação de ruptura, ou seja, uma "*descontinuidade do ser*", como Moura (1996) assinala muito bem: causa desconhecimento de si mesmo e de seu corpo, e esta situação convida o humano a entrar em contato, mesmo que inconscientemente, com as suas representações de morte ou de medo da morte em si, sentimentos de total desamparo.

Esse processo para a criança se intensifica ainda mais, pois é recheado de fantasmas e fantasias ligadas ao seu adoecimento, o que as pode deixar muito nervosas no seu ingresso, além do encontro com o clima de tensão já encontrado muitas vezes nas áreas de urgência/emergência, onde é comum ouvir um coro de gritos e gemidos de dor de outras

crianças que já estão na unidade, que pode aumentar ainda mais os sentimentos hostis que este espaço gera na mesma.

Com relação ao processo de hospitalização da criança, é preciso antes de qualquer coisa, nos ater ao seu possível universo e como este pode estar imbricado nos sintomas da criança. Bosi desenha uma perspectiva da casa infantil e retrata tão bem por quais caminhos precisamos percorrer para entender as suas linguagens:

*"A criança muito pequena pode ignorar que seu lar pertence a um mundo mais vasto. O espaço que ela vivencia como o dos primitivos, é mítico, heterogêneo, habitado por influências mágicas. A mesa da família possui um lado onde é bom comer, o lado fasto onde senta-se mamãe e é agradável estar; No lado dela, o retrato do tio avô que olha fixo, às vezes feroz, torna o lado nefasto onde eu recuso comida e choramingo. Tudo é tão penetrante de afetos, móveis, cantos, portas e desvão, que mudar é perder uma parte de si mesmo; é deixar para trás lembranças que precisam desse ambiente para reviver. Para a criança que ainda não se relacionou como o mundo mais amplo, a mudança pode ter um caráter de ruptura e abandono.(...) "* (BOSI. 1979, p. 356-57).

A construção e o domínio dos espaços conquistados pelas crianças dentro das várias fases do seu desenvolvimento e a ruptura desta construção, na migração para a hospitalização ou outras construções já realizadas do universo hospitalar para a criança pode lhe despertar sentimentos aterradores.

Esses sentimentos são fundados em tratamentos desconfortáveis, desagradáveis, limitação de atividades e adversidades impostas pelos sintomas físicos associados a fatores de risco inespecíficos como: expressão de possíveis conflitos familiares, disfunção parental e abusos relacionais entre pares que compõem o cotidiano da criança que tendem a agravar

ainda mais estes quadros, mobilizando defesas ou desorganização psíquica, atualizando ansiedades e conflitos primitivos diante desta situação-limite.

Pela vulnerabilidade a que se expõem a criança e o adolescente por si só, necessitam de cuidados voltados para uma visão que compreenda a proteção integral como um desafio a ser alcançado, buscando, desta forma, enfatizar e viabilizar níveis de proteção, coesão familiar, apoio, orientação e preparação para os procedimentos, o que Lima (1994; 28-30) denominou de cuidar psicopedagógico.

Um fator importante dentro desta realidade é que a criança entra no setor de urgência/emergência, geralmente, acompanhada por familiares ansiosos, angustiados e exigentes de um bom atendimento, pois estes que as acompanham quase sempre carregam junto um sentimento de culpa, por não terem sido hábeis nos cuidados com a mesma. Esse clima tensional precisa ser interpretado pela equipe de saúde que atende esta demanda.

Atender este público pede da equipe de profissionais da saúde uma maior atenção nas relações afetivas entre a criança ou adolescente e seus pais, um maior controle da dor, entendendo esta como causa de desestabilidade geral e um forte elemento disruptivo do ser criança /adolescente em sua totalidade.

A linguagem utilizada pela equipe de saúde precisa ser simples, para que haja efetivamente uma maior compreensão do processo de adoecimento, e condizente a todas as faixas etárias na busca de esclarecimentos, além da necessidade de ter um caráter franco, o que causa mais segurança para a família e a para própria criança/adolescente, que somente desta forma poderá participar do seu processo de cura.

Portanto, o trabalho dentro de uma unidade de urgência / emergência é marcado pelo ritmo frenético, característico de situações inesperadas e, que este real impõe, caracterizado por servir a situações de crise evolutivas ou acidentais e ligadas a um mal-estar súbito que

solicita dos profissionais, uma precisão e atenção excessiva nos atendimentos de doenças agudas (DESLANDES, 2002, P.70).

A psicóloga Peres, em seu artigo, "*O psicólogo na unidade de emergência*" (2005), descreve quatro particularidade deste setor no hospital, são eles:

*"(...)1-Necessidade constante de tomar decisões rápidas e eficientes na luta contra a doença e a morte;*

*2-Imprevisibilidade, o inesperado é rotina;*

*3-Estrutura com sobrecarga de trabalho;*

*4-Taxa de mortalidade 5 vezes maior do que nas outras enfermarias;"*.(PEREZ, 2005; p.55)

Somado a tudo isso, a autora acima chama a atenção para a realidade da infraestrutura que esta equipe de profissionais está inserida, haja visto que, muitas vezes, as instalações dos pronto-socorros, tendem a ser precárias, obsoletas, pouca manutenção nos aparelhos, espaço insuficientes e insumos de uso técnico, além de um quadro de profissionais, com pouca qualificação que lhes forneçam habilidades e competências para cuidar de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos.

O profissional tem que ser criativo e, muitas vezes, displicente com a técnica e a ética aprendida nos bancos de sua formação, para dar conta da falta de medicação adequada para situação e na transferência para as outras unidades mais especializadas, onde a falta de vagas tende a forçá-lo a internar na própria unidade emergencial, em condições inapropriadas para o quadro (SILVA, 1994).

Outra questão bastante relevante é o momento da triagem nas unidades de urgência /emergência, pois esta precisa considerar as diferentes perspectivas que embasam do que seria urgência e emergência para os diferentes profissionais envolvidos. Estas perspectivas tendem a convir em alguns pontos: priorização dos aspectos vitais dos pontos de vista biológicos e físicos em detrimento dos aspectos psíquicos e sociais constitutivos dos processos vitais,

como preconiza o modelo biomédico, a confluência de preconceitos e valores sociais no descaso ao atendimento de pacientes categorizados como “essencialmente não urgentes”, a prontidão maior para o atendimento a usuários de classe social e nível cultural mais elevados, na importância da identificação dos que fingem ou estão dizendo a verdade sobre suas urgências e no consenso de que se a dor ou o problema é antigo, “quem esperou tanto para procurar o serviço pode esperar mais” (SILVA, 1994).

Nem sempre o profissional de saúde dispõe de recursos psíquicos internos para identificar e compreender ou até mesmo intervir, em situações de maus-tratos, pois todo o seu potencial está voltado para o ritmo intenso destas unidades. O contato direto com a dor dos pacientes, o sofrimento psíquico e o risco da morte convidam estes profissionais a reeditar conteúdos primitivos pessoais que também lhes mobiliza estratégias defensivas para poder lidar com este cotidiano.

Os sentimentos mais comuns encontrados no cotidiano destes profissionais tendem a ser vivenciado com dor, sofrimento psíquico, impotência, fracasso, angústia, medo, desesperança, diante das perdas e morte. Rossi (2007; p.172) justifica a existência dos comportamentos de aversão e de encantamento despertados nos profissionais de saúde que deles permeiam a sua prática.

Junto a isso, estão as grandes demandas para atendimento não emergencial que inundam as salas de espera, devido a fragilidade da infra-estrutura no Sistema Único de Saúde (SUS). Essa realidade vem sobrecarregar e inviabilizar os serviços podendo causar sentimentos agressivos como o aumento da tensão e grande frustração na equipe de profissionais.

Romano (1999; p. 50-56) chama a atenção para o fato de haver nestes serviços, também, uma demanda reprimida para atendimentos ambulatoriais, devido à precária rede de atendimento na área da saúde, e que muitas vezes os atendimentos descaracterizam as funções

do local, transformando-o em um ambulatório com pronto-atendimento, essa realidade se justifica pela possibilidade de ser prontamente atendido e, desta forma, driblando as filas imensas dos ambulatórios para os seus mal-estares.

Por todos esses fatores tem se colocado em pauta o desrespeito do reconhecimento, ultimamente, sobre os estressores ocupacionais, principalmente os do setor de saúde, medidas profiláticas ou terapêuticas são pouco difundidas no contexto hospitalar. Mesmo com uma boa formação para a execução técnica no exercício das suas funções, é comum o encontrarmos profissionais despreparados no manejo de situações do seu cotidiano psicologicamente difíceis.

Dentre outros efeitos do estresse, na sua versão crônica é comum encontrarmos alterações das funções psíquicas do indivíduo, como as de humor, principalmente irritabilidade e impaciência, sentimentos ansiosos e depressivos, alterações também nos níveis de consciência, atenção e memória, também encontramos fadiga excessiva, tendências ao isolamento e alterações gastrointestinais, alterações dos níveis de pressão arterial e do padrão do sono.

Segundo Selye (1965) descreve a Síndrome de Adaptação Geral, que divide em estágios de constante exposição a fatores estressores, o primeiro ele chamou de Estágio de Alarme, o segundo de resistência, o terceiro de quase exaustão e o quarto e último de exaustão, esses estágios vão respectivamente, do encontro com o a situação produtora de tensão, a busca de energias adaptativas para se reequilibrar, o começo do adoecimento pelas reservas começarem a se esgotar e por fim quando a situação estressora passa a gerar outra e a aproximação de estados de falência adaptativa.

É importante ressaltar que os fatores estressantes são advindos dos mundos interno e externo do indivíduo, que a maneira como as pessoas reagem ao estresse está intimamente ligada ao fator da resistência individual e a capacidade adaptativa do sujeito, o que torna

eventos estressantes mais acentuados para uns do que para outros. Justamente porque subjetividade de cada ser humano irá divergir na recepção de situações geradoras de um estado emocional forte que possa a vir gerar uma ruptura da homeostase do sujeito.

A realidade específica dos maus-tratos contra a criança e adolescente, nos atendimentos destes profissionais, tende muitas vezes a passar despercebida, por todos estes fatores estressantes, ou forma adaptativa de resistência que privilegia a permanência do profissional na função que se compromete a cumprir.

Além dos maus-tratos aparecerem em sua maioria das vezes como pano de fundo da situação emergencial trazida pelo responsável, quando identificada, tende a causar sentimentos de assombro e desesperança, pois é considerada quase sempre intransponível, devida as más condições de vida destas famílias onde estas crianças vivem, aliadas a uma cultura da deixa pra depois, pois sempre há neste espaço de trabalho um caso mais emergente para ser tratado.

Por esses motivos os quadros dos maus-tratos tende a ser manejado pela equipe de trabalho, quase sempre depois em que já está em uma cronicidade ou agudeza, ou seja, quando as marcas no corpo da criança se apresentam ou esta chega ao setor emergencial em estado avançado de maus-tratos, como são os casos de subnutrição, espancamento, violência sexual com contato físico, gravidez precoce, dentre outros.

O atendimento seguido do paradigma do Estatuto da Criança e do Adolescente preconiza outra postura da equipe, e a criação de políticas públicas que dêem efetivamente conta de subsidiar serviços como atendimento psicossocial, depoimentos sem dano, e outros tantos, que possam oportunizar uma melhor acolhida destes casos, e encaminhamentos para serviços que efetivamente dêem conta desta demanda, e assim poderem sanar danos futuros para estas crianças e adolescentes.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (Opas, 1993), a existência de serviços de qualidade para o atendimento de vítimas não fatais pode prevenir futuras fatalidades, reduzir seqüelas de curto e longo prazo e ajudar os afetados a lidar com o impacto da violência interpessoal em suas vidas.

Várias são as justificativas, para uma acolhida precária destas equipes de saúde neste setor, o despreparo dos profissionais de saúde na identificação e manejo dos casos, limitações estruturais dos serviços e uma assistência ainda voltada para o atendimento “socorrista”, realizados em curta duração e calcado no modelo saúde/ doença, onde o foco transita entre as entidades clínico-patológico, MS (2001).

Ferreira (2002) chama a atenção para a necessidade dos profissionais do setor de saúde desenvolver habilidades para melhor poder reconhecer e diagnosticar violência, entender suas conseqüências e manejá-las adequadamente. Saber avaliar traumas físicos e emocionais auxilia na detecção dos pacientes que apresentam traumas decorrentes de violência, sem estigmatizá-los por apresentarem problemas "suspeitos".

Gomes e co-autores (2002) consideram ser o primeiro passo para efetivação de um atendimento a esta demanda, a capacidade do profissional de identificar ou suspeitar de violência. Levando em consideração que o pediatra, muitas das vezes, pode ser o único profissional a ter contato regular com crianças maltratadas antes que elas ingressem na escola, imprimir escuta e olhar ampliado seria uma atitude essencial para tornar visível uma situação de violência.

Quanto às limitações de resultados satisfatórios, Ferreira (2002) alerta que os resultados, não devem ser vistos como fracassos da atuação do profissional de saúde. É importante ter clareza de que nem sempre conseguimos avançar o quanto seria teoricamente desejável, mas o quanto é possível para cada família e para cada instituição envolvida. Os

maus-tratos contra crianças provocam nos profissionais sentimentos que se mesclam, oscilantes e até contraditórios.

Além disso, a confirmação dos maus-tratos pode proporcionar culpa pela possibilidade de dissolver um ilusório equilíbrio familiar. Segundo Sarti (2003),

“(…) a dificuldade de romper com o modelo idealizado acerca da instituição "família" e de nos estranharmos em relação às nossas próprias referências pode tornar a situação ainda mais complexa de ser enfrentada.”

A violência contra crianças provoca, na maioria dos profissionais, sentimentos contraditórios onde o aprendizado em lidar com o tema, suscita sensibilização e a subjetividade de cada um fará diferenças no seu caminho, dentro, os seus pares e da equipe como um todo descreve o Comité de Familia y Salud Mental.

Sabemos que a violência é um tema gerador de “mal estar”, e leva a questionamentos, sentimentos desagradáveis e insegurança, portanto, seria necessária, que o profissional estivesse inserido em oportunidades sistemáticas de discussão, sensibilização e capacitação, como idealiza o Ministério da Saúde-MS (2002).

Por isso, a responsabilidade do profissional frente à violência precisa ser discutida nos âmbitos: jurídico e o da consciência moral. Do âmbito jurídico aponta “O Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069 de julho de 1990” dispõe o artigo 13 que diz:

*“(…) Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescentes serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”.*

O mesmo documento no artigo 245, diz:

*“(...) deixa o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra a criança ou adolescente (...) Pena- multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência”.*

Porém, Gonçalves e Ferreira (2002) entendem que notificar maus-tratos, ainda causa fragilidade para os profissionais da saúde, pois as redes de apoio para a notificação, ainda estão muito enfraquecidas.

Os Conselhos Tutelares são considerados por esses profissionais, como órgãos pouco resolutivos, por uma série de motivos: têm sobrecarga de trabalho; muitos conselheiros assumem seus cargos sem a devida capacitação, demonstrando pouco conhecimento sobre o ECA e o trabalho prático vinculado a ele; suas ações não costumam ser planejadas, pautando-se em questões pontuais, muitas vezes utilizando-se de intervenções fragmentadas e de cunho emergencial; a infra-estrutura de trabalho é precária e falta retaguarda de serviços, o que causa relação conflituosa com outros órgãos que atendem às vítimas.

#### **4- Cartografia Metodológica**

O cenário metodológico deste estudo seguiu os ensinamentos da pesquisa social em saúde, entendendo a partir de (MINAYO: 2004 p. 20-21) a sua carga histórica, ou seja, considera que o recorte feito no objeto de estudo é determinado pelas características temporais e espaciais específicas, buscando um melhor entendimento das dinâmicas sociais em constantes transformações, bem como, se ater as preocupações e interesses do grupo analisado frente à sua produção concreta e toda a diversidade inconclusa essência do objeto que fora pesquisado.

Desta forma, foi possível buscar uma maior consciência deste real em questão, levando em consideração que a pesquisadora também se encontrou no foco desta observação, advertida da sua condição inclusa na mesma natureza e, portanto, pactuada com estes feitos (LÉVY STRAUSS; 1975, p. 215).

Ao abranger os aspectos político e ideológico deste grupo social pesquisado, procurou-se dar ênfase a suas condições de vida, crenças, valores e significados simbólicos e imaginários, compreendidos dentro de uma lógica de tumultos e consentimentos, o permitido e o proibido e suas transformações dentro da cultura vigente.

A pesquisa qualitativa em saúde tem em seu bojo uma questão humana crucial, aquilo que denominamos de saúde e, portanto, pertencente a qualquer classe social, mas conceitualmente divergente a partir dos modos de produção de vida, condições das mesmas e das ações que os indivíduos estabelecem consigo e os outros em termos de cuidados e atenção integral. Ressalta-se que a partir da constituição de 1988, no Brasil a saúde passou a ser direito do cidadão e responsabilidade do estado, assim como, como um bem estar biopsicossocial, como compreende a Lei federal, nº 8080/90, art. 3º, p. 22.

*"A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País". (Lei federal, nº 8080/90, art. 3º, p. 22)*

#### **4.1- Pesquisa Qualitativa em Saúde:**

A pesquisa qualitativa segundo TURATO (2003) concentra seus esforços na compreensão dos fenômenos humanos estudados, de forma aberta e flexível na construção dos seus instrumentos, para poder apreender e interpretar as formas de relação de significação dos fenômenos para os indivíduos e para a sociedade, portanto a área de estudo que mais o tem utilizado é a área das ciências humanas, por considerar importante os saberes advindo da singularidade do indivíduo pesquisado, bem como a relevância da ótica subjetiva do pesquisador.

No âmbito da saúde coletiva, a metodologia da pesquisa qualitativa tem sido desenhada como:

*"(...) aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas". MINAYO (1999; 10).*

As principais disciplinas que baseiam estas pesquisas são: psicanálise, antropologia, sociologia e a psicologia compreensiva e têm como técnicas: observação livre, entrevistas semi-dirigidas e busca de dados complementares que venham subsidiar as pesquisas realizadas no método, como averiguação de dados em prontuários, base de dados estatísticos, relatórios até mesmo em resultados de testes psicológicos.

Sendo o grupo social uma amostra selecionada previamente, este terá uma prioridade elegível de experiências vivenciadas a fim de obedecer a critérios de inclusão e exclusão, que contemple uma gama de ações em direção a um perfil coerente com o fenômeno estudado, sendo quase sempre, uma amostra com poucas unidades de análise.

Buscam-se então na visão metodológica de pesquisa qualitativa, o contexto do método clínico-qualitativo, por encontrar pilares neste contexto, segundo Turato (2003; p.242) a ênfase na valoração de sentidos e significações a partir do pensamento em saúde, priorizando a atitude clínica, focada em aspectos emocionais, tais como as angústias e as ansiedades suscitadas no fenômeno pesquisado, na compreensão em profundidade dos aspectos psicodinâmicos, considerando os elementos psicanalíticos básicos para a sua compreensão.

Turato (2003) define atitude clínica em pesquisa como: (...) "acolhida do sofrimento existencial e emocional do indivíduo... assumida pelo profissional, se dá a partir da sua escuta, do seu olhar e das múltiplas e interligadas sensibilidades, que interage com seus conhecimentos teóricos da metodologia de investigação em direção a aquela pessoa e quem melhor quer conhecer e compreender cientificamente".

Assim sendo, esta é uma pesquisa de cunho clínico-qualitativo, denominada de estudo de caso, com poucas unidades de análise, considerando valiosos os achados da análise em profundidade, na busca de um maior detalhamento da realidade a ser pesquisada.

A análise essencialmente temática dos conteúdos apresentados nos discursos segue as orientações de Bardin (1977), encontrando nas fases de análise: pré-análise, exploração do material e no tratamento dos resultados, as categorias de análise e suas inferências e interpretações do discurso amostral. Com a finalidade de explorar ao máximo possível, até a sua saturação, os diferentes níveis de representação sobre o tema em questão.

## 4.2- Caracterização do local pesquisado:

A escolha do local pesquisado se deu de forma aleatória entre os que tinham o mesmo perfil de ser um pronto atendimento à criança e ao adolescente. Haja vista que todos garantiriam ser um *locus* de investigação, pois lá se concentram equipes multiprofissionais, que compõem uma rede organizacional estruturada, reconhecidas socialmente na sua competência de desenvolver práticas assistenciais tanto a quanto criança e do adolescente.

O Hospital e Pronto-Socorro da Criança da Zona Oeste (HPSC-ZO) de Manaus está localizado na Avenida Brasil, número 989, no bairro da Compensa I. Possui uma área total de 13.349,5 m<sup>2</sup>, de área construída são 2.873,5 m<sup>2</sup> e é parte do conjunto de unidades que compõem o Sistema de Saúde, subordinado administrativamente à Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas (SUSAM), região Norte do Brasil, com a caracterização dos serviços para urgência, emergência e internação em nível secundário. O seu público alvo são pessoas menores de 15 anos, com demanda referenciada e espontânea.

A rede de saúde e assistencial em que está inserida, também subordinada a SUSAM, que visa garantir o atendimento ao público infanto-juvenil em Manaus, vai desde Maternidades, Hospitais, serviços de Urgência e Emergência, como os citados Prontos-Socorros, ao Serviço de Pronto Atendimento (SPAs), bem como as Clínicas Especializadas: Centros de Atenção Integral à Criança (CAICs), Postos de Assistência Médica (PAMs) e as Clínicas Básicas, com os Centros de Saúde. Além do Hospital e Pronto-Socorro da Criança da Zona Oeste, existe mais dois hospitais que se localizam em zonas diferentes, o da Zona Sul e o da Zona Leste.

A Unidade do PSC-ZO foi inaugurada em janeiro de 2001, com o intuito de suprir o zoneamento oeste da cidade de Manaus, a demanda para o pronto atendimento de casos de urgência e emergência e de internação hospitalar em nível secundário de crianças, com a

disponibilidade, em tempo integral, dos serviços médicos nas especialidades: de pediatria, cirúrgica e ortopedia; bem como os serviços especializados dos profissionais de enfermagem, assistência social, psicologia, nutricionista e fisioterapia, estando na retaguarda os exames complementares necessários para o seu funcionamento e o serviço de remoção assistida para outras instituições especializadas.

O Hospital e Pronto Socorro da Criança da Zona Oeste têm como Missão: *"Garantir, em tempo integral, o atendimento aos casos de urgência e emergência e de internação hospitalar (nível secundário) demandado pela comunidade com a maior resolubilidade possível, removendo de forma assistida para outras instituições especializadas os casos absolutamente necessários"* (GOVERNO DO AMAZONAS, 2001). Tornado relevante, desta maneira a escolha desta instituição como cenário da pesquisa.

Esta Unidade de Saúde disponibiliza em tempo integral os serviços de especialidades médicas: pediatria, cirurgia, ortopedia e terapia intensiva; Serviço de enfermagem, enfermagem intensiva, psicologia, fisioterapia e de assistência social; exames laboratoriais de apoio diagnóstico, radiologia médica e ultra-sonografia (realizado em horário específico em face de carência de profissionais especializados); Unidade transfusional; Internações em enfermarias sob observação médica e do corpo de enfermagem; serviço de remoção assistida (viabilizada pela Central de Regulação) para outras instituições especializadas.

O HPSC-ZO está cadastrado junto ao DECAV/ SUSAM/ Ministério da Saúde para atendimentos níveis ambulatorial (Pacientes advindos da Urgência e Emergência da própria Unidade de Saúde). Os dados do *Relatório de Gestão da Unidade de Saúde em sua Estrutura Física, Serviços Disponíveis e Necessidades do Exercício 2009* realizado pelo setor do SAME desta mesma Unidade nos ajudaram a embasar esta caracterização.

Portanto o Hospital tem a sua capacidade instalada dos serviços de Assistência Hospitalar/ Ambulatorial, que pode ser analisada na tabela 1, tendo a maior capacidade para os serviços de pediatria clínica.

**TABELA 1:** Capacidade instalada dos serviços de Assistência Hospitalar/Ambulatorial: de Leitos e Especialidades no HPSC-ZO;

<b>Nº de Leitos</b>	<b>Especialidades</b>
<b>30</b>	Pediatria Clínica
<b>09</b>	Ortopedia
<b>03</b>	Anestesiologia
<b>09</b>	Cirurgia Geral
<b>10</b>	Medicina Intensiva
<b>13</b>	Observação Pediátrica
<b>03</b>	Reanimação Pediátrica

FORNTE: GOVERNO DO AMAZONAS/ SUSAM/HPSC-ZO

As especialidades ofertadas compreendem a Pediatria, Ortopedia, Cirurgia Geral, Anestesiologia, e Terapia Intensiva. Os serviços de apoio diagnóstico existente na Unidade. A Estrutura Organizacional do Hospital e Pronto-Socorro da Criança da Zona Oeste é composta pela Direção Geral que junto a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), supervisionam as Gerências: Administrativa, Técnica e de Enfermagem. A Gerência Administrativa por sua vez coordena os serviços e procedimentos realizados pelas equipes que compõe: os Recursos Financeiros (orçamento, faturamento e contas a pagar), os Recursos Humanos, Suprimentos (compras e almoxarifado) e o Serviço de Apoio.

Já a Gerência Técnica é responsável em coordenar e supervisionar os Consultórios Médicos (Pediatria, Ortopedia, Cirúrgica e outras Especialidades), os Serviços de Apoio Diagnóstico e terapêutico (SADT), os Serviços de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), a

Farmácia, a Nutrição e Dietética, bem como os Serviços de Especialidades (Assistência Social, Psicologia e Fisioterapia).

Por último, a Gerência de Enfermagem coordena e supervisiona os atendimentos das equipes de enfermagem nas ações de: nebulização, medicação e terapia de reidratação oral (TRO), as enfermarias de: observação, clínica pediátrica, clínica ortopédica e a clínica cirúrgica. Bem como o Centro Cirúrgico e as Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Toda a tarefa realizada pelos profissionais do HPSC-ZO é regida pelo espírito de equipe e com o compromisso de zelar os locais e instrumentos de trabalho. Também contam com o serviço de apoio a distância através da rede que trabalha na rotina do sobreaviso, são eles: a cardiologia, nefrologia, eco cardiograma, eletro encefalograma, endoscopia respiratória e digestiva alta e baixa, ressonância magnética e tomografia computadorizada.

O quadro total de profissionais lotados na instituição é de 408 funcionários, sendo destes apenas 102 os regimes de trabalho estatutário e 306 em regime especial, com a característica de contrato temporário, os profissionais graduados das categorias analisadas, como pode ser analisado na FIGURA 2, logo abaixo, que quase 90% destes trabalham ou por cooperativas ou são funcionários sem vínculo estável com a instituição.

FIGURA 2-Quadro de pessoal & regimes de trabalho na Unidade HPSC-ZO

<b>Categoria Profissional &amp; Regime trabalho</b>	<b>Cargo de Comissionado de Mês</b>	<b>Estatutários Mês</b>	<b>Regime Temporário (RET) Mês</b>	<b>Cooperados Dia</b>	<b>Total 24H</b>
<b>Medicina</b>	01 Revisor	03	02	22- Pediatras 05- Cirurgiões 05-Ortopedistas 07- Intensivistas 04-Anestesistas	49
<b>Enfermagem</b>	01 Gerencia		01	04- Intensivistas 10-Semi-intensivista	16
<b>Assistência Social</b>	01 Gerencia	01	07		09
<b>Psicólogo</b>			01		01
<b>Fisioterapeuta</b>			01		01
<b>Farmacêutica</b>			01		01
<b>Nutricionista</b>		01			01

FONTE: GOVERNO DO AMAZONAS/ SUSAM/HPSC-ZO

Observação: Todos os que compõem o quadro gestor do hospital são estatutário.

Este Hospital é considerado de grande porte, contendo 77 leitos, todos ativos, assim distribuídos, a tabela 3 abaixo mostra o quantitativo e destinação dos leitos por ambiente:

TABELA 2: Quantitativo e destinação dos leitos no HPSC-ZO;

<b>Discriminação</b>	<b>Nº de leitos</b>	<b>Ativos</b>	<b>Observação</b>
<b>Hospital</b>	77	77	
<b>UTIs</b>	05	05	Tratamento Intensivo
<b>UTIS</b>	05	05	Tratamento Semi Intensivo
<b>Unidade de Reanimação</b>	03	03	Reanimação de Pacientes
<b>Centro Cirúrgico</b>	03	03	Leitos de Pós-Operatório
<b>Enfermaria /Observação</b>	12	12	Leitos de Observação
<b>Enfermaria /Observação</b>	01	01	Leito de Isolamento
<b>Enfermaria 01</b>	12	12	Neonatologia/lactentes
<b>Enfermaria 02</b>	01	01	Leito de Isolamento
<b>Enfermaria 03</b>	03	03	Leitos Cirúrgicos
<b>Enfermaria 04</b>	03	03	Leitos Cirúrgicos
<b>Enfermaria 05</b>	01	01	Leito de Isolamento
<b>Enfermaria 06</b>	02	02	Leitos Clínicos de 7 a 14 anos
<b>Enfermaria 07</b>	02	02	Leitos Clínicos de 7 a 14 anos
<b>Enfermaria 08</b>	12	12	Leitos Clínicos de 1m a 7 anos
<b>Enfermaria 09</b>	12	12	Leitos Clínicos de 1m a 7 anos
<b>Sala de Observação</b>	01	01	
<b>Sala Pequena Cirurgia</b>	01	01	Ortopedia e Politrauma
<b>Sala de Inalação</b>	01	01	
<b>Sala de Curativo</b>	01	01	
<b>Terapia de Reidratação Oral</b>	01	01	
<b>Confortos Técnicos</b>	09	09	

FONTE: GOVERNO DO AMAZONAS/ SUSAM/HPSC-ZO

Para poder ingressar no campo de pesquisa e realizar a pesquisa no local, a pesquisadora pediu a autorização da então Secretaria do Estado de Saúde do Amazonas, que no período um mês de análise fora concedido sem nenhuma restrição pelo então Secretário de Saúde do Estado do Amazonas.

Coube apenas à pesquisadora o compromisso legal, sob pena de responsabilidade por perdas e danos, de que toda e qualquer publicação, total ou parcial, dos trabalhos que se tenha utilizado os dados coletados junto às instituições da Rede Estadual de Saúde, fosse incluído o crédito pela participação do Governo do Estado do Amazonas/ SUSAM, bem como o compromisso de entregar uma cópia encadernada da presente dissertação para compor o acervo da biblioteca da Instituição (Anexo3).

Nos serviços prestados pelo HPSC-ZO no ano de 2008, maior procura foi para o tratamento em pediatria, somando 86% da procura total à unidade, somente 7,3% direcionados para a prática cirúrgica, e 4, 56% para a ortopedia, como é possível verificar na Tabela 3.

Chama também a atenção para a ascensão na quantidade de crianças atendidas pela pediatria de janeiro a maio, chegando a 10.000, e depois uma curva descendente até dezembro com quase metade da demanda, com 5.140 casos atendidos.

Um número consideravelmente elevado para um hospital com o porte de 77 leitos. Neste período de maio/2008 foi preciso fechar o espaço da recepção do hospital e transformá-la em uma enfermaria, e reordenar os espaços além das macas nos corredores da unidade em caráter extraordinário.

**Tabela 3-Estatística anual de atendimentos por especialidades médicas e enfermagem.**

Meses	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	%
<b>Pediatria</b>	6660	7470	9291	8350	10000	7194	6100	5416	5753	6226	5507	5140	86,88%
<b>Cirurgia</b>	605	534	529	590	582	513	649	653	615	591	612	556	7,35%
<b>Ortopedia</b>	367	315	351	393	408	359	383	385	385	368	357	293	4,56%
Subtotal	<b>7632</b>	<b>8319</b>	<b>10171</b>	<b>9333</b>	<b>10990</b>	<b>8066</b>	<b>7132</b>	<b>7185</b>	<b>6753</b>	<b>7185</b>	<b>6476</b>	<b>5989</b>	
<b>Enfermagem</b>	56	89	113	118	262	149	87	62	34	41	74	69	1,21%
<b>Total</b>	<b>7688</b>	<b>8408</b>	<b>10284</b>	<b>9451</b>	<b>11252</b>	<b>8215</b>	<b>7219</b>	<b>6516</b>	<b>6787</b>	<b>7226</b>	<b>6550</b>	<b>6058</b>	<b>100,00%</b>
<b>Média / dia</b>	<b>248,0</b>	<b>300,3</b>	<b>331,7</b>	<b>315,0</b>	<b>363,0</b>	<b>273,8</b>	<b>232,9</b>	<b>210,2</b>	<b>226,2</b>	<b>233,1</b>	<b>218,3</b>	<b>195,4</b>	

FONTE: GOVERNO DO AMAZONAS/ SUSAM/HPSC-ZO

É possível verificar na análise da Tabela 5, o perfil epidemiológico dos agravos mais atendidos a criança e adolescentes realizados em 2008 pela Unidade de Saúde. Os quadros das doenças respiratórias como sendo o carro chefe dos atendimentos da unidade, seguido das doenças gastrointestinais.

Esse perfil epidemiológico pode ser interpretado pela característica climática da região norte, clima tropical úmido, muito propício para a proliferação de várias espécies de fungos e bactérias.

Todo começo do ano o índice pluviométrico aumenta consideravelmente, é o período da cheia dos rios no Amazonas, o ambiente umedecido ajuda a criação das camadas fúngicas que se proliferam nos ambientes dos lares, precisando de constantes remoções, podendo deixar as crianças mais suscetíveis à infecção respiratória e gastrointestinal.

**Tabela 4-Estatística Anual e Mensal de Internação por Faixa Etária no Período/ 2008**

<i>Faixa</i>	00-01	1-02	02-03	03-04	04-05	05-06	06-10	10-14	Total
<i>Etária /meses</i>									
<i>Janeiro</i>	89	60	36	20	4	18	63	58	348
<i>Fevereiro</i>	80	54	33	19	18	18	119	87	428
<i>Março</i>	101	83	45	40	29	22	73	84	477
<i>Abril</i>	134	72	47	43	21	25	74	55	471
<i>Mai</i>	247	145	59	30	30	14	55	30	610
<i>Junho</i>	290	120	68	22	13	13	55	39	620
<i>Julho</i>	224	105	42	33	20	18	51	24	517
<i>Agosto</i>	89	46	28	27	18	18	52	32	310
<i>Setembro</i>	96	53	29	26	17	19	48	39	327
<i>Outubro</i>	75	33	17	23	11	12	38	28	237
<i>Novembro</i>	81	31	20	24	21	19	37	33	266
<i>Dezembro</i>	77	45	19	15	15	14	35	35	255
<i>Acumulo</i>	1583	847	443	322	217	210	700	544	4866
<i>no ano</i>									
<i>%</i>	32,53%	17,41%	9,10%	6,62%	4,46%	4,32%	14,39%	11,18%	100,00%

**Tabela 5- Descrição dos agravos mais atendidos pelo HPSC-ZO/2008**

<b>CID-10</b>	<b>Descrição do Agravado</b>	<b>CASOS /2008</b>
<b>J00</b>	Nasofaringite	10.095
<b>J06.9-</b>	Infecção das vias aéreas superiores não especificadas.	6.690
<b>A09-</b>	Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	5.086
<b>J03.9-</b>	Amigdalite aguda não especificada	4.873
<b>R11-</b>	Náuseas e vômitos	3.957
<b>J20-</b>	Bronquite aguda	3.830
<b>J20.9</b>	Doença não especificada	3.635
<b>R50.9</b>	Febre não especificada	3.488
<b>J45.9-</b>	Asma não especificada	3261
<b>K52.9-</b>	Gastroenterite e colite não infecciosa, não especificada	2852
<b>TOTAL DOS 10 AGRAVOS MAIS ATENDIDOS EM 2008</b>		<b>95.215</b>

FONTE: GOVERNO DO AMAZONAS/ SUSAM/HPSC-ZO/SAME

Apesar dos dez agravos mais atendidos perfazerem um total de 95. 215 casos, a tabela de estatística anual/mensal de internações por faixa etária em 2008, representado pela tabela 4, que apenas 4.866 ficaram internados na instituição, apesar dos possíveis encaminhamentos para outras instituições, isto se deve ao já citado no capítulo 3.6, da necessidade que a população tem de ser atendido rapidamente, sem precisar passar por filas de espera nos ambulatórios, causando uma demanda reprimida para atendimentos ambulatoriais, devido à precária rede de atendimento, que desemboca nos pronto-socorros.

De acordo com a Tabela 4, também podemos perceber um pico maior nos meses de abril a junho. Com destaque para as faixas etárias de 00-01 e 01-02 anos, com maior número de internações durante todo o ano, com exceção do mês de fevereiro que praticamente dobra o número de internações da faixa etária de 06- 10 anos, com relação ao restante do ano, em uma situação atípica.

Chama a atenção que nos quadros atendimentos da assistência social, tabela 8, os meses onde acontece um maior número de evasão ou abandono pelas famílias da internação e conseqüentemente do tratamento coincidem com os meses de pico, ficando apenas o mês de julho, com o maior número de evasão, perfazendo um total de 21 evasões só neste mês, o que pode ser inferido, como sendo um reflexo da sobrecarga de trabalho na Unidade de Saúde no trimestre anterior.

O hospital tem mapeado a partir das fichas de atendimentos, a proveniência dos casos atendidos. A maioria dos casos vem da própria zona oeste e do centro-oeste, mas também são atendidos diversos casos das outras zonas urbanas, além das demandas dos municípios do entorno de Manaus e municípios mais distantes da capital, conforme tabelas 6.

**Tabela 6- Estatística Anual e Mensal de Atendimento por Zona Urbana e Município**

<b>Meses</b>	<b>Centro Sul</b>	<b>Centro Oeste</b>	<b>Leste</b>	<b>Norte</b>	<b>Sul</b>	<b>Oeste</b>	<b>Outros</b>	<b>Interior do Est</b>	<b>Total</b>
<b>Jan</b>	271	949	97	277	218	5209	637	30	7688
<b>Fev</b>	294	1010	122	228	268	5766	673	47	8408
<b>Mar</b>	379	1450	101	316	333	7008	614	82	10283
<b>Abr</b>	356	1442	109	325	248	6359	532	80	9451
<b>Mai</b>	367	1557	253	398	333	7656	631	56	11251
<b>Jun</b>	321	1132	101	441	211	5494	461	53	8214
<b>Jul</b>	267	1122	113	272	196	4681	529	39	7219
<b>Ago</b>	230	1043	76	227	182	4386	341	31	6516
<b>Set</b>	271	1071	182	215	197	4399	398	54	6787
<b>Out</b>	246	916	96	233	214	4896	571	70	7242
<b>Nov</b>	243	926	86	200	176	4544	331	44	6550
<b>Dez</b>	220	756	70	234	186	4236	328	28	6058
<b>%</b>	<b>0,04</b>	<b>13,98%</b>	<b>1,47%</b>	<b>3,52%</b>	<b>2,89%</b>	<b>67,56%</b>	<b>6,32%</b>	<b>0,64%</b>	<b>100,00%</b>

FONTE: GOVERNO DO AMAZONAS/ SUSAM/HPSC-ZO/SAME

**Tabela 7-Descrição de maiores ocorrências de causas externas atendidas pelo HPSC-ZO/2008**

<b>Meses</b>	<b>Ingestão Produto Tóxico</b>	<b>Mordedura de Animais</b>	<b>Queimadura</b>	<b>Acid de trânsito</b>	<b>Ing Corpo Estranho</b>	<b>Afogamento</b>	<b>Agressão</b>	<b>Samu</b>
<b>2008</b>								
<b>Jan</b>	3	10	6	5	20	0	0	2
<b>Fev</b>	1	11	10	7	13	0	0	7
<b>Mar</b>	2	15	8	14	19	1	0	8
<b>Abr</b>	3	20	6	10	26	1	0	4
<b>Mai</b>	5	20	12	9	29	1	0	5
<b>Jun</b>	2	7	1	6	15	0	0	1
<b>Jul</b>	3	25	9	12	29	1	0	2
<b>Ago</b>	4	9	8	8	26	0	1	8
<b>Set</b>	5	13	5	8	23	2	1	3
<b>Out</b>	6	17	5	8	33	0	0	2
<b>Nov</b>	2	29	6	9	28	0	0	5
<b>Dez</b>	7	19	10	11	30	0	0	4
<b>Acumu Lado</b>	<b>43</b>	<b>195</b>	<b>86</b>	<b>107</b>	<b>291</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>51</b>

FONTE: GOVERNO DO AMAZONAS/ SUSAM/HPSC-ZO/SAME

Na tabela 7, realizada a partir do Relatório Hygia1, indicam maiores ocorrência de causas externas atendidas pelo HPSC-ZO no ano de 2008 onde podemos perceber uma maior incidência de causas externas infantis de janeiro a dezembro, disparada na liderança a ingestão de corpos estranhos, seguido de mordedura de animais e acidentes de trânsito.

A ocorrência de ingestão de corpo estranho pode ser caracterizada pela negligência do responsável na observância dos objetos que a criança leva a boca, nos primeiros meses de vida, esse comportamento de levar objetos à boca é uma maneira que a criança tem de

explorar e conhecer o mundo que a cerca, ao mesmo tempo em que é natural desta faixa etária, a necessidade de vigia deste comportamento é essencial para que a mesma não faça ingestão de objetos pequenos, posterior necessidade de extrair, até por ato cirúrgico, objetos maiores.

**Tabela 8-Estatística anual do serviço social de casos notificados em 2008**

<b>Meses/2008</b>	<b>Evasão /abandono de tratamento</b>	<b>Óbito</b>	<b>Estupr</b>	<b>Outras Notificações</b>	<b>Casos Sociais</b>	<b>Total Mês</b>
<b>Janeiro</b>	6	5	0	8	0	19
<b>Fevereiro</b>	8	6	3	7	0	24
<b>Março</b>	9	3	3	7	0	22
<b>Abril</b>	13	6	6	6	0	31
<b>Mai</b>	11	5	0	10	0	26
<b>Junho</b>	16	5	3	12	0	36
<b>Julho</b>	21	4	2	17	1	45
<b>Agosto</b>	4	3	2	3	0	12
<b>Setembro</b>	8	4	2	9	1	24
<b>Outubro</b>	7	3	1	7	0	18
<b>Novembro</b>	9	6	0	11	0	26
<b>Dezembro</b>	5	4	1	5	0	15
<b>Total</b>	117	54	23	102	2	298

FONTE: GOVERNO DO AMAZONAS/ SUSAM/HPSC-ZO/SAME

A estatística dos casos atendidos e notificados pelo serviço social da unidade em pesquisa, representada pela tabela 8 nos apresenta um número elevado para evasão ou abandono do tratamento por parte dos responsáveis, 23 casos de violência sexual, encontrados na unidade em 2008, e 102 casos, ligados ao outros tipos de maus-tratos atendidos no HPSC-ZO.

<sup>1</sup> HYGIA (utilizado para registro de produção, marcação de consultas e exames laboratoriais).

### **4.3-População estudada**

A população pesquisada foi composta por variedade de tipos, pertinente aos seguintes critérios de inclusão: ser profissional de saúde de nível superior, atuar na instituição, prestar atendimento às crianças e adolescente a mais de um ano, em outras unidades de saúde ou nos setores desta mesma instituição, compor a equipe multiprofissional da Unidade de Serviço e consentir em participar do estudo. Os critérios de exclusão são o negativo do da inclusão.

Durante as abordagens aleatórias dos profissionais entrevistados houve três recusas de participação justificadas por falta de tempo para realizar as entrevistas, devido à demanda de serviço na unidade ser excessiva no período da abordagem, que coincide com o período de grande demanda no hospital já caracterizado anteriormente, portanto prioritária. E uma profissional pelo não desejo da participação da pesquisa em si.

As categorias profissionais entrevistadas foram: médica, enfermagem, psicológica, assistência social e fisioterápica, caracterizando uma equipe multidisciplinar.

Quanto ao tamanho da amostra, para a compreensão do tema, buscamos um número representativo para as interpretações, ou na versão sobre uma determinada realidade coube ao pesquisador e ao seu orientador encontrar os pontos de saturação de sentido dentro do contexto histórico-cultural pesquisado.

Foram totalizadas dez entrevistas, com os profissionais de saúde da Unidade, sendo estes: dois psicólogos, duas assistentes sociais, dois médicos, três enfermeiros e um fisioterapeuta.

#### **4.4- Elaboração de instrumento e coleta de dados:**

Procurando ter uma maior abrangência do objeto pesquisado, o estudo obteve duas ênfases exploratórias: a primeira constou no levantamento de dados da instituição, obtidos nos registros dos casos notificados em maus-tratos e seus prontuários no último ano, e a segunda etapa onde foram realizadas entrevistas não diretivas e individuais com os profissionais de saúde da instituição em questão que correspondeu aos critérios de inclusão amostral.

A coleta das informações se deu no período de 15 de junho de 2008 a 15 de fevereiro de 2009, realizada pela própria pesquisadora, imbricada em concentrar os esforços na legitimidade dos dados colhidos, estando bastante atenta em registrar as redes de comunicações formais e informais, existente no campo da pesquisa.

Na primeira etapa pudemos contar com a grande disponibilidade, do o senhor Ademar de Moura Souza, técnico administrativo do HPSC-ZO, que trabalha no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME), que auxiliou no manejo e compilação dos dados estatísticos coletados na Unidade, disponibilizados livremente pela direção da Instituição.

Já na segunda etapa, as entrevistas não diretivas compuseram o instrumento a ser analisado, contendo perguntas abertas, com duração máxima de duas horas por participante, seguindo o guia de trilhas desenhado em Anexo 1.

#### **4.5- Análise de dados:**

A análise dos conteúdos obtidos nas entrevistas será tratada segundo os critérios da técnica de análise de conteúdo, construídos por Bardin (1988:105), organizado por blocos “temáticos” que procurando a confluência dos sentidos manifestos e latentes dos dados

analisados, nos faz conferir e inferir saberes comuns nos discursos e posturas diante da demanda pesquisada.

*“consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” BARDIN (1988:105).*

Compuseram três momentos de análise: o primeiro, como um sobrevôo nos diálogos obtidos, procurando seguir as leituras: textual, analítica e interpretativa do material coletado, o segundo momento, uma busca e fragmentação dos discursos em categorias e subcategorias, codificando-as e definindo-as a partir dos sentidos encontrados. E por fim, a partir dos resultados obtidos pudemos compilar interpretações possíveis e factuais do estudo apresentado.

#### **4.6- Considerações da Ética em Pesquisa:**

“A vida é curta e muito longo o  
caminho a percorrer.  
As oportunidades são passageiras.  
A experiência traiçoeira.  
E a avaliação difícil...”  
Hipócrates

Com essas palavras de Hipócrates, inicia-se uma reflexão sobre as Éticas como uma busca longa e infundável, de uma moral que dê conta do viver em qualquer tempo ou cultura, de códigos e cogitos, de um conjunto de pactos e /ou regras que sustente um fazer a priori do bem em detrimento do mal.

Seja a ética adaptativa aristotélica, contemplada em seu texto “Ética a Nicômaco”, apontando para o contentamento, do agir em conformidade com a razão, com o intuito de

propiciar a harmonia entre o sujeito e os valores coletivos, ou a Ética do Cristianismo, considerando a premissa de que Deus é o único mediador entre os indivíduos, tendo como principais virtudes fé e a caridade.

Poderíamos também nos debruçar na Ética que sustenta o pensamento da era Moderna, a Ética do Racionalismo, onde é preciso que a verdade, para ser alcançada, seja construída sob o método. Buscava-se nesta ética, ao contrário da fé, a razão; e o agir passava a ser regulado pela experiência calculada, medida e controlada.

O saber científico pautado no método chega à sua ética mais expressiva, quando o seu entendimento define o saber com método como aquele fidedigno, enquanto o sem método é considerado mítico ou empírico.

Da Ética Kantiana que conduz o agir para um consolidar-se com o Imperativo Categórico, ou seja, agir para fortalecer uma máxima afim de, pela vontade, contribuir para condensar para uma Lei Universal. Já no século XIX, a Ética Hegeliana marca a diferença no entendimento de que a ética deve ser determinada pelas relações sociais. Se o intuito deste trabalho fosse falar sobre as Éticas, ainda teríamos que nos fiar a Ética praxista, a pragmática, a Nietzscheana, a Sadiana e tantas outras, mas não o é.

A etiologia da palavra **ética** é derivada de *ethos*, tendo o primeiro significado grego: “*o uso e costume de um grupo*”, portanto, agir corretamente, seria agir conforme o grupo, tal como no dicionário de Abbagnano, entre outras considerações nos diz que a ética é "em geral, a ciência da conduta" (ABBAGNANO, p.360).

Os autores (VICTÓRIA, KNAUTH E HASSEN. 2000,136p.) enfatizam como etiologia da palavra, o significado de morada da alma, o caráter de uma pessoa “*a disposição interna da vontade que inclina a pessoa a agir naturalmente de determinada maneira equivale ao sentido de local em que vive sua alma*”. E ponderam que pensar sobre a Ética, é o

mesmo que pensar sobre o agir voluntário e livre do humano e de suas conseqüências sobre os outros e que falar “tecnicamente” de ética é que nos faz remeter à moral.

O agir eticamente em pesquisa não é dissociado do agir eticamente do profissional. Para os autores acima citados, existem duas correntes divergentes em ética onde uma mesma dúvida a respeito de qual postura tomar diante do fazer profissional, poderá ser refletida por duas formas de ética nomeadas por eles de: ética utilitarista, que é aquele que...

*“... segue que a lógica casuística, onde se calcula os benefícios/ prejuízos para se chegar na melhor ação, ou seja, a que promova a maior quantidade de bem e a menor quantidade de mal”, é a que nos remete ao conceito mais próximo da moral, e aquela que irá analisar a dúvida da in/ postura mediante princípios éticos, que é a “normo-deontológica, aquela que busca assegurar uma análise não restrita ao objeto e se além às regras em geral”. (VICTÓRIA, KNAUTH E HASSEN. 2000- 136p.),*

Os códigos de ética profissionais, segundo esses autores, seriam então uma ponte possível diante de tal impasse. Porém, para os mesmos, não se pode garantir que todos os códigos de ética e o seu devido uso possam garantir a ética nas ações profissionais.

Em pesquisa existe a normatização de condutas, tanto do pesquisador, quanto do pesquisado que possa cada vez mais garantir os princípios éticos norteadores da pesquisa com seres humanos, pois segundo Zoboli (2003), estes referenciais se baseiam no respeito ao ser humano, na não-maleficência (o fato de não causar danos intencionalmente), na beneficência (com vistas para o bem estar), na justiça (que contempla aquilo que alguém tem direito), garantindo por fim, a informação plena do pesquisado.

Na pesquisa qualitativa, segundo os autores (VICTÓRIA, KNAUTH E HASSEN. 2000) deve-se levar em consideração o fato que a “*técnica de observação*” muitas vezes, pode ser considerada invasiva, mesmo quando consentida e vir a deflagra situações

constrangedoras e de impasses éticos no observador que precisam ser fundamentados teoricamente e não somente na situação vivida.

Também chamam a atenção para a norma de que em pesquisa deve-se garantir o anonimato dos pesquisados, inclusive quando com o uso de um heterônimo o restante da descrição é identificado, bem com, imagem que, para ser utilizada deve passar sempre pelo consentimento.

Outra norma bastante conhecida e também citada pelos autores (VICTÓRIA, KNAUTH E HASSEN, 2000) é o estabelecimento de um consentimento informado, em todas as pesquisas com os seres humanos, a sua utilização em pesquisa é um elemento característico e essencial do exercício de todas as profissões da área da saúde, que quando aplicado em populações ágrafas, como as indígenas, poderá ser documentado através de testemunhas ou outras formas de documentação.

Também, os autores (VICTÓRIA, KNAUTH E HASSEN; 2000) entendem que este instrumento, por representar o início de um vínculo com o pesquisado, deverá ser utilizado diante de uma postura que vise os princípios éticos norteadores, que possa sempre estar disposta ao esclarecimento do pesquisado, para que desta forma, o pesquisador consiga também uma maior adesão do participante.

Foram providenciadas as medidas requeridas pela resolução 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde: o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, tendo sido aprovado por unanimidade de votos. Os Profissionais de Saúde participaram da pesquisa mediante leitura, interpretação, esclarecimentos e consentimento através do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, (Anexo B).

Para garantir total sigilo e o anonimato diante do material coletado dos informantes, foi construída uma estratégia de camuflagem, atribuído a estes, nomes de personalidades infanto-juvenis que sofreram maus-tratos, para poder assim descaracterizá-los inclusive na questão de gênero, ficando apenas a correlação com a função especializada exercida pelo profissional.

As correlações realizadas estão na Tabela 9, logo abaixo, e as histórias de maus-tratos vivenciadas por crianças e adolescentes podem ser encontradas no (Anexo C).

**Tabela 9- Correspondência entre categoria profissional e personalidades**

<b>Participantes</b>	<b>Categorias Profissionais</b>	<b>Personagens</b>
<b>2</b>	Assistência Social I Assistência Social II	Pixote Isabela
<b>3</b>	Enfermagem I Enfermagem II Enfermagem III	Sandro, Bebê HPSC- Zona Oeste Eloá
<b>2</b>	Psicologia I Psicologia II	Madeleine Fernando
<b>1</b>	Fisioterapia	Bebê na Pampulha
<b>2</b>	Medicina I Medicina II	Klayton Elisabeth

## 5- Percursos alcançados nos resultados encontrados

*“Há tempos são os jovens que adoecem  
Há tempos o encanto está ausente  
E há ferrugem nos sorrisos  
E só o acaso estende os braços  
A quem procura abrigo e proteção”.*  
*Legião Urbana (As Quatro Estações, 1989).*

Todos os informantes do HPSC-ZO demonstraram, a princípio, uma preocupação em acolher a entrevistadora para um espaço onde pudéssemos ter uma maior privacidade e realizarmos a entrevista sem sermos atrapalhados. Com a equipe multiprofissional entrevistada, todos se mostraram bastantes receptivos nos propósitos e instrumentos da pesquisa, inclusive alguns, ao final da mesma, se propuseram espontaneamente a indicar outros profissionais que pudesse colaborar com a pesquisa.

A partir do convite feito aos profissionais de saúde do HPSC-ZO de debruçar sobre o real dos maus-tratos atendidos e refletir sobre o seu fazer com esta demanda específica foram suscitadas diversas reações, indagações e comportamentos dos mesmos, que vão desde a não disposição para participar de tal façanha por aqueles que recusaram a posição de informante, estranhamento de estar sendo convidado por não acreditar atender a demanda dos maus-tratos, ansiedade e nervosismo no discurso por estarem sendo estes gravados, revelação de curiosidades sobre os desdobramentos da mesma pesquisa até a expressão de entusiasmo por poder estar conversando sobre o tema com a pesquisadora e poder re-significar seus fazeres.

Na análise dos conteúdos das falas dos informantes foi possível desenvolver categorias e subcategorias de análise, a primeira delas, a que chamo de *Reconhecendo terreno: dados e definições sobre maus-tratos, pelos profissionais em Manaus*, que está voltada para a definição dos maus-tratos fazendo um levantamento dos referenciais apresentados pelos profissionais de saúde da Unidade de Saúde, do entendimento do

fenômeno e arranjos tipológicos exemplificados, bem como explicitar o levantamento de dados epidemiológicos apresentados pelo serviço social do HPSC-ZO/ 2008, o programa Viva Manaus /2006 /2007/ 2008 do Governo Federal e do Conselho Tutelar com relação ao município e da zona oeste de Manaus.

A segunda grande categoria de análise dos discursos é denominada de *Interação com o objeto individual e grupal: possíveis significados individuais e em equipe das interações, conflitos, obstáculos nestes fazeres*, pela qual pudemos analisar subcategorias: *Estratégias apresentadas na identificação dos casos*, uma diversidade de táticas desenvolvidas pelos profissionais, diante da suspeita e confirmação dos casos, e a subcategoria: *Percurso dos casos na Unidade de Saúde*, que possibilitou sopesar a amplitude das ações conjuntas e constatar a fragmentação das ações nos serviços oferecidos diante dos maus-tratos.

Ainda nesta categoria consideramos as *Barreiras enfrentadas no manejo dos casos* e como a equipe e o profissional de saúde vem desenvolvendo possíveis *Encaminhamentos e monitoramentos*, a qual deriva da subcategoria *Bifurcações e Destinos: consideração sobre os desdobramentos dos casos de maus-tratos*.

A última subcategoria de análise: *As Marcas dos maus-tratos nos profissionais de saúde*, ilustra a importância de se trabalhar a equipe de saúde de maneira preventiva para enfrentar essa densa demanda e os seus possíveis efeitos, bem como pontuar a grande necessidade de se investir em um trabalho terapêutico com os profissionais, visando o pensamento coletivo, a integralidade dentro de uma ética do fraterno nas relações de trabalho.

A terceira categoria de análise *A Bagagem: competências adquiridas ou não desenvolvidas para lidar com o trajeto em si* onde busquei fazer um rastreamento quanto à formação dos profissionais de saúde escutados. Na subcategoria *A formação dos profissionais diante dos maus-tratos*, existe ainda lacunas a serem desenvolvidas diante desta demanda, pela carência de qualificação dos profissionais e a subcategoria *Conhecimentos do Eca* onde

pude comprovar de forma irrestrita que todos os informantes sentem necessidade de um estudo mais aprofundado desse instrumento.

A última categoria *Revisitar: a constatação da descrença na proteção integral para os casos de maus-tratos* constatou o quantum que ainda temos que trabalhar para conseguir dar conta do princípio da integralidade, e principalmente nos níveis de baixa, média e alta complexidade.

A necessidade de desenvolver a postura gerencial comprometida com a Garantia de Direitos como preconiza o ECA, portanto considero relevante a conscientização que alguns profissionais apresentam no conteúdo de suas falas da indignação do total descompromisso com o ir fundo diante dos casos apresentados e o quase utópico conceito de Garantia de Direitos a criança e adolescentes em um território com tamanha expressão da desigualdade.

## **5.1- Reconhecendo terreno: dados e definições sobre maus-tratos pelos profissionais em Manaus.**

*“Existem momentos na vida onde a questão de saber se, se pode pensar diferentemente do que se pensa e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar e refletir” (FOUCAULT, 1994 p. 13).*

Este primeiro momento da pesquisa consiste em reconhecer de que lugar parte os conteúdos das falas dos informantes sobre os maus-tratos as crianças e adolescentes, bem como já identificar os dados existentes sobre este fenômeno por outros pesquisadores e quais os cruzamentos possíveis destes dados para podermos avançar na prática nos serviços de saúde desta capital.

Logo no início das entrevistas, depois de uma breve apresentação dos informantes, buscamos reconhecer os domínios nas definições de maus-tratos, dados e tipos conhecidos pelos mesmos de forma que cada um pudesse ter a oportunidade de expressar de que lugar e referencial estavam nomeando os maus-tratos.

Foi possível identificar referenciais, pontos de vistas e posturas diferentes diante deste fenômeno, que também refletiram nos nomes e tipos exemplificados de maus-tratos, bem como as diversas opiniões sobre as causas e responsabilizações destes atos violentos sobre as crianças e adolescentes, encontrados nos próximos subtítulos.

Antes, porém, é importante ressaltar alguns dados obtidos por meio de núcleos epidemiológicos e banco de dados estatísticos que são alimentados pelos serviços que atendem a demanda da violência em Manaus.

Os dados gerais para maus-tratos as crianças e adolescentes, frequências por faixa etária, levantados pelo programa VIVA da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, a partir de julho de 2006 quando foi

implantado, em 2007 e 2008, a partir dos Relatórios anuais da ficha de Notificação/Investigação individual, são respectivamente:

**Tabela 10-Total de casos de maus-tratos/ 2006 a 2008/criança e adolescentes.**

<b>Ano</b>	<b>&lt; 04</b>	<b>05 a 09</b>	<b>10 a 14</b>	<b>15 a 19</b>	<b>Total</b>
<b>2006</b>	49	21	48	13	131
<b>2007</b>	202	135	224	67	628
<b>2008</b>	221	161	256	84	722

Fonte VIVA/ M.S./ Núcleo de Acidentes e Violência/ DEPLAM/ SEMSA

Estes dados revelam um movimento de ascensão de registros de casos de violência a notificados pelo serviço de saúde em Manaus, apesar de, ainda, expressar sub-notificação, chamando a atenção para o maior número de registros de maus-tratos contra crianças menores de 4 anos e de 10 a 14 anos, na cidade de Manaus.

**Tabela: 11-Meios de Agressão dos maus-tratos/ 2006 a 2008/ Crianças e Adolescentes/Manaus**

Faixa Etária/ Ano	Arma de fogo	Enforcamento	Força corporal	Outros	Perf e obj. cortante	Queima dura	Missing	Total
<b>&lt; 04</b>								
2006	0	0	4	7	1	1	36	49
2007	0	0	22	18	5	1	156	202
2008	0	0	19	13	2	2	185	221
<b>05 a 09</b>								
2006	0	0	6	3	0	0	12	21
2007	0	2	38	16	1	0	77	135
2008	3	1	33	18	2	1	103	161
<b>10 a 14</b>								
2006	1	0	12	9	1	0	25	48
2007	3	4	62	35	6	2	114	224
2008	7	8	69	40	9	1	122	256
<b>14 a 15</b>								
2006	1	0	3	4	0	0	5	13
2007	2	0	20	12	1	0	32	67
2008	5	1	38	9	1	0	30	84

Fonte VIVA/ M.S./ Núcleo de Acidentes e Violência/ DEPLAM/ SEMSA

Na tabela acima, sobre meio de agressão dos maus-tratos notificados, chama a atenção dois fatos: primeiro, o elevado número de violência por força corporal em todas as faixas etárias, desde a tenra idade e, o número de casos em que o meio da agressão apresenta como inespecífico e/ou desconhecido.

**Tabela : 12-Tipos de maus-tratos/2006 a 2008/ Crianças e Adolescentes/Manaus**

<b>Faixa Etária</b>	<b>Financeira</b>	<b>Física</b>	<b>Negligência</b>	<b>Outras</b>	<b>Psicológica</b>	<b>Sexual</b>	<b>Tortura</b>	<b>Missing</b>	<b>Total</b>
<b>&lt; 04</b>									
<b>2006</b>	0	1	14	7	2	11	0	14	49
<b>2007</b>	1	8	77	5	1	59	1	50	202
<b>2008</b>	1	2	58	17	7	57	0	79	221
<b>05 a 09</b>									
<b>2006</b>	0	0	6	3	0	0	1	12	21
<b>2007</b>	0	2	27	4	12	66	1	23	135
<b>2008</b>	1	2	20	14	5	92	0	27	161
<b>10 a 14</b>									
<b>2006</b>	1	0	12	9	1	0	1	25	48
<b>2007</b>	5	4	11	10	6	167	1	17	224
<b>2008</b>	3	6	10	14	10	198	1	14	256
<b>14 a 19</b>									
<b>2006</b>	1	0	3	4	0	0	1	5	13
<b>2007</b>	1	0	3	3	3	52	2	3	67
<b>2008</b>	5	1	38	9	1	0	0	30	84

Fonte VIVA/ M.S./ Núcleo de Acidentes e Violência/ DEPLAM/ SEMSA

Já a tabela 12, com os tipos de maus-tratos as crianças e adolescentes, notificados pelos serviços de saúde do município de Manaus, entre julho de 2006 e final de 2008, destaca o elevado número de negligência na faixa etária de crianças menores de 4 anos e de violência sexual apresentado, coincidindo com os dados levantados no pronto atendimento da zona oeste.

Também em entrevista com o Conselheiro Tutelar da Zona Oeste tivemos outros dados. Os dados mostram que só em 2008 foram 5182 casos notificados aos conselhos tutelares, entre suspeita e constatação de maus-tratos. Dados referentes a espancamento, agressão com objetos, negligência, ameaça de morte, tortura, dentre outros, e denunciados na Zona Oeste do mesmo município ao Conselho Tutelar da zona distrital, onde o HPSC-ZO está

localizado, foram 1187 casos.

Figura 3- Quadro demonstrativo do N<sup>o</sup> de casos de maus-tratos por zona distrital, Manaus,2008

ZONAS	TOTAL
ZONA OESTE	1187
ZONA SUL I	361
ZONA SUL II	47
ZONA CENTRO-SUL	289
ZONA CENTRO-OESTE	652
ZONA NORTE	2055
ZONA LESTE I	426
ZONA RURAL	155
<b>Total de casos atendidos em 2008</b>	<b>5182</b>

Fonte: Conselho Tutelar da Zona Oeste/Manaus/ 2008

Em cada órgão dos Conselhos Tutelares de Manaus trabalham cinco conselheiros por zona distrital, perfazendo um total que cobre o território do município de 45 conselheiros. O horário de funcionamento, segundo a nova lei municipal que rege o mandato do conselheiro, lei 1242/2008 é de 08:00 as 13:00, ficando o restante do dia descoberto das ações deste órgão.

A rotina de trabalho descrita pelo Conselho Tutelar consiste em responder a maioria das denúncias que aparecem por fax, no envio das cartas às residências dos casos de suspeita de violência, convocando a uma entrevista investigativa.

Caso haja a comprovação de atos violentos, dependendo do caso, é preciso notificar conforme o estatuto e fazer o pedido de afastamento do domicílio. O caso é direcionado para as instâncias jurídicas, pedindo a destituição do pátrio poder. Paralelamente a esta ação, a

criança ou o adolescente deveria ser encaminhado para um abrigo, mas, a cidade, no momento, só conta com dois abrigos e estão lotados, abrigo Padre Pedro e abrigo Mamãe Margarida, ambos estão lotados, como também não têm espaços terapêuticos pra usuário de drogas.

Em entrevista ao conselheiro tutelar, esse nos informou que um terço dos casos encaminhados pelos serviços de saúde ao seu órgão são casos de evasão hospitalar. Informou também que nesses casos o órgão do Conselho Tutelar, em posse da denúncia, adverte verbalmente ou por escrito, alegando abandono intelectual e/ou abandono de saúde.

O Conselho Tutelar trabalha em parceria com os serviços de saúde, através do serviço social. Ao mapear o trabalho do órgão junto ao setor de saúde da Zona Oeste, compreende-se que este atende as Unidades: Maternidade Moura Tapajós, Serviço de Pronto Atendimento do São Raimundo e o Joventina Dias, no bairro da perto da Compensa. Sendo quase nula a demanda das UBS nesta zona distrital.

O quadro apresentado na figura 3 é referente às denúncias recebidas pelos conselhos tutelares na cidade de Manaus em 2008. Apesar de existir uma quantificação do montante dos casos atendidos, esses dados estatísticos apresentado pelo Conselho Tutelar, não são trabalhados de forma a fazer uma caracterização mais detalhada do perfil dos casos denunciados, por falta de estrutura para desenvolver o trabalho.

Minayo e Deslandes (2007; p. 35-100) em análise diagnóstica de cinco capitais brasileiras, incluindo Manaus na PNRMAV (Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violência), no período de 2000 a 2004, apontam algumas características da capital em questão que devemos levar em consideração:

- Segundo o DATASUS, Manaus apresentava em 2000, 6.452 internações por causas externas, destes 915 por acidentes de trânsito e 937 agressões representando um percentual elevado nas internações e utilização dos serviços de saúde voltados para a violência no geral.
- Ressaltam as pesquisadoras os reduzidíssimos registros de *síndromes de maus-tratos*, nos dados coletados em Manaus dentre outras capitais, apontando para uma sub-notificação dos casos, alegando falta de preparo dos profissionais no diagnóstico e manejo do caso.
- Hospitalizações por causas externas, segundo sexo, Manaus apresentou 76,3% de internações masculinas.
- Também chamam a atenção para "*elevadíssimas proporções de registros de pouca qualidade em Manaus*" para "*eventos cuja internação é indeterminada*", ou seja, não houve esclarecimento sobre o acidente e/ou a violência que ocasionou a lesão em 80% dos casos internados por causas externas, dificultando segundo as autoras a tomada de decisão nos desenhos epidemiológicos, descrevem: *Má qualidade das informações na capital do Amazonas*.
- Manaus chama a atenção para a ausência de registro de suicídio, em todas as faixas etárias.
- As crianças (0-9 anos) manauenses contemplam segundo as autoras o grupo com a maior proporção de internação por causas externas não específicas.

Apesar dos dados numéricos do registro de casos de maus-tratos à criança e o adolescentes notificados em 2008, estarem em ascensão progressiva, os órgãos da rede de proteção entrevistados apontam uma discordância significativa quanto ao valor absoluto a

ser considerado, e mesmo assim por diversos motivos, estando de posse do maior valor quantitativo destes dados, podemos evidenciar sub-registros.

### **5.1.1- Domínios nas definições do tema maus-tratos a infância e ao adolescente:**

*“Do rio que transborda, arrasta árvores e destrói casas  
diz-se que é violento. Mas não se fala da violência das  
margens que o comprimem”.*

*Bertolt Brech*

Considerando que cada profissional de saúde que fora entrevistado está imerso em uma determinada cultura e um contexto existencial e que por esse mesmo motivo, possuem um enfoque ideológico individual, expresso através de seu discurso e os direcionamentos dos seus significados, entendendo que a compreensão destes conteúdos, terá o cuidado de extrair seus modos singulares.

Portanto, cada ser humano tem um referencial pessoal para se pautar e definir fenômenos por ele apreendido. Esta realidade fora encontrada nas entrevistas com os profissionais da saúde sobre os maus-tratos as crianças e adolescentes, perante a qual pudemos constatar um grande envolvimento no momento da entrevista com fenômeno proposto, na busca de suas representações e expressões através de suas várias referências, bem como diversas imagens ou significados por eles apresentados.

Na busca inicial dos significados e compreensão do fenômeno dos maus-tratos, como foi trabalhado no capítulo **3.3.4**, foi possível ter como base que este fenômeno é de conceituação complexa, polissêmica e controversa e com diversas interpretações, portanto descrito por Deslandes (1994) como sendo:

*”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.”*

Por este prisma os depoimentos dos profissionais entrevistados apontam como definição de maus-tratos, no início das entrevistas, para um conceito amplo e/ou abrangente, sobre o qual a privação das necessidades básicas e desrespeito às mesmas, sustentam a maior parte dos significados encontrados nos discursos.

Os conceitos de maus-tratos envolvem, na visão dos profissionais de saúde entrevistados, as ações: *de não conseguir oferecer: amor, atenção, higienização; nutrição, cuidados em saúde, o bem estar; não permitir o desenvolvimento do potencial natural da criança; privação de cuidados, de direitos, de respeito e de amor; provocar sentimentos hostis a criança e ao adolescente; forma de agredir; não assegurar um convívio familiar adequado; a escassez de noções básicas para no cuidado a criança e ao adolescente; comportamentos abusivos.*

*"É muito abrangente... os maus-tratos... há um pouco de cuidado, que envolve a não vacinação da criança, a má... alimentação inadequada, o carinho, a atenção, o acompanhamento... é o início de tudo, a falta de amor!... dos pais destas crianças... sem falar a violência física..., a falta dos cuidados da criança... a criança nos horários corretos... isso também é violência, eu acho, essa criança tem que ter todo acompanhamento em todas as suas fases... horários... tudo isso eu acho que seja violência, uma em maior ou menor grau, mas que é uma violência... sem falar física de bater,... a violência emocional... estar assustando a criança,... repreender a criança de forma inadequada... fazendo medo...que é violento...os pais tem que assegurar um convívio familiar bom pra criança, pra desenvolver o emocional, pro físico, envolve tudo... a família... não*

*deve privar a criança do que ela tem, o direito, a saúde, a alimentação, os cuidados básicos, o amor...em síntese! ( Isabela).*

Dias (2002. P.73 a 76) trabalhou na sua dissertação de mestrado a definição da violência com a equipe de enfermagem e chegaram às seguintes variações dos significados: *"formas de limitações impostas pelo outro; violação da integridade física e psíquica; como expressão das desigualdades nas relações; violência onde um ocupa o lugar do outro; desrespeito a dignidade humana".*

A causa e responsabilização dos maus-tratos como sendo da família, que não consegue prover, e que violenta, aparece na maior parte dos discursos, ou seja, a violência doméstica é a única forma identificada em 80 % dos conteúdos das falas dos informantes. Os maus-tratos emergem como: a desinformação, o descuido, o despreparo e o descaso por parte dos pais ou responsáveis.

*(...) elas acham que o menino toma refrigerante com melitos está ótimo! Não acha que o feijão com o arroz, e com a carne é importante. Então tem criança que chega aqui com um grau de desnutrição severo, isso é responsabilidade familiar? É. Eu acredito que é, porque a gente tem que se rebolar pra criar o filho. Mas aí, vem todos esses fatores, sócio-cultural, sócio-econômico que não depende da pessoa. Depende do nível que ela já convive, das condições financeiras que ela possui, e é isso aí!(Sandro)*

Realmente, a grande parte dos trabalhos relacionados a diversos tipos de maus-tratos, na maioria das vezes, tem considerado esta realidade como uma questão de violência doméstica, devido aos agressores ser em sua maioria pais ou parentes.

A tendência explicativa mais encontrada se refere ao efeito dominó das vivências de violência familiar durante a infância, contribuindo para que se perpetuem os maus-tratos.

Respaldando esse modelo de explicação causal encontramos, por “*terem sofrido os mesmos tipos de negligência*” (DAVOLI; OGIDO, 1992:406)... “*os pais reproduzem os modelos de educação na infância*” (CARIOLA, 1995:160) e assim, “*muitas crianças vítimas de maus-tratos se tornam adultos agressores*” (JUNQUEIRA, 1998:432).

*"(...) espancamento mesmo de criança, de chegar aqui grave por pancada de padrasto, madrasta, a própria mãe, machucões eu já peguei crianças aqui, toda cheia de hematomas de beliscão, no meu plantão eu já peguei, uma criança que foi até a óbito, por espancamento do pai de dar soco, aqui acontece muito isso, os casos não são com frequência, mas a cada dois três meses aparece um, mas sempre tem. E os outros! Uma questão de fome, de descaso mesmo da mãe, do pai, às vezes nem pai tem, é só a mãe que tem sete, oito filhos, e ela não cuida de nenhum, todos chegam aqui desnutridos graves, vezes a desnutrição é tão grande, que eles ficam na emergência, e da emergência que acabam indo pra UTI(...)"*

Os argumentos que subsidiam esse efeito dominó fazem parte da abordagem teórica psicológica, que acaba por justificar certos comportamentos violentos, como derivados de uma psicopatologização, ou seja, como sendo resultante de problemas psíquicos e psiquiátricos, principalmente, associados: auto-estima, transtornos de personalidade dentre outros transtornos psicopatológicos que foram desencadeados pelas famílias de origem destes agressores. “*Numa família onde toda a estrutura é neurótica, a criança certamente vai ‘herdar’ este comportamento dos pais*” (CENTEVILLE et al., 1997:100).

Esse modelo explicativo tem uma tendência determinista, por considerar possível uma reprodução de comportamentos violentos em cadeia ininterrupta, pois justifica que esse agressor poderá ser um futuro autor de maus-tratos infantis ao se tornar adulto, criando um circuito vicioso: “*as crianças recebem todos os impactos de situações de desajustes, perdendo*

*os seus vínculos afetivos e tornando-se adultos agressivos, potencializando cada vez mais situações agressivas” (KORN et al., 1998:455).*

Nessa perspectiva, é importante considerar o trabalho de Bittencourt (1995:424) que contradiz esse determinismo quando aponta que nem todos os indivíduos que vivenciaram maus-tratos na infância por seus familiares se comportam de forma a maltratar seus filhos. O autor acredita que estes podem desenvolver uma forma de administrar psicologicamente suas vivências violentas, o que este nomeia como a capacidade de re-significar tais experiências, na busca de uma maior resiliência, num processo de superação desses trágicos momentos de vida familiar. *“Deve se considerar que as pessoas dispõem de potencial para se reorganizar e incorporar as experiências traumáticas”.*

Já Muza (1994), aponta para a existência de quatro modelos explicativos para os comportamentos abusivos na ocorrência dos maus-tratos o modelo psicodinâmico, modelo da aprendizagem social, modelo sócio-psicológico e o modelo sociológico.

*“Resultado da interação de forças intrapsíquicas do agressor (modelo psicodinâmico); como resultado de uma recíproca e contínua interação de determinantes pessoais e ambientais – os filhos aprendem o comportamento agressivo com os seus pais (modelo da aprendizagem social); como resultado da interação entre indivíduo e meio ambiente, enfocando os valores da vítima, do agressor e do meio estressante em que vivem (modelo sóciopsicológico) e, por fim, como resultado da compreensão dos fatores sociais como os principais determinantes do comportamento agressivo (modelo sociológico)” (MUZA, 1994:58).*

Também encontramos uma ambigüidade na subcategoria responsabilização para definição de maus-tratos como sendo ora maltrato familiar ora característica cultural. A

conotação que correlacionasse a conjectura estrutural e política como pano de fundo dos maus-tratos a criança e ao adolescente teve pouca expressividade nos discursos dos informantes.

*"Mas aí, tem todos esses fatores, sócio-cultural, sócio-econômico que não depende da pessoa, depende do nível que ela já convive, das condições financeiras que ela possui." (Madeleine)*

A ocorrência dos maus-tratos contra a infância, também, é explicada, em outros autores a partir da grande angular, ou seja, num espectro de ordem macroestrutural, subsidiando a sua manifestação. Como foi trabalhada no capítulo 3.4, essa visão tende a considerar fatores sociais, econômicos e culturais, como: desigualdade, dominação de gênero e de gerações.

*Ah! Mas porque hoje você vai falar em, dar uma surra em uma criança, por limites, impor limites com, com uma chinelada, com uma surra de cinturão, se você for falar isso à mãe meta peia no menino, a mãe espanca, espanca literalmente o menino... Ah! Doutora, eu acho que isso aí é muito relativo, porque a gente apanhou e hoje a gente prestou na vida, esses meninos tem tudo na vida, antigamente era com mais dificuldade, hoje é tudo mais fácil que eles tem mais acesso as coisas, e ela disse, ah! Mais aí Andrea vai depender tudo do nível cultural, uma coisa é a nossa mãe bater na gente por ter feito mal feito, ou ela ter falado mil vezes e o menino não obedecer, mas outra pessoa que vive em outro nível sócio econômico e cultural, bater é logo espancar, e acabam que espancam mesmo. (Andrea)*

Junqueira (1998) nos lembra que a própria concepção de violência é construída e modificada de nos contextos históricos e culturais.

*“Crueldades cometidas contra crianças pequenas fazem parte da história da humanidade, sem falar do direito de vida ou de morte dado ao pai sobre seus filhos. Somente em meados do século XIX começa a se esboçar uma preocupação com a criança, que passa a ser encarada como uma pessoa em formação” (DELGADO & FISBERG, 1990:112).*

A expressão da desigualdade de oportunidades e as políticas públicas descomprometidas com o compromisso constitucional da prioridade absoluta a criança e adolescentes, como causa /conseqüência pela violência estrutural que sofrem boa parte destas famílias, e, podendo ser desencadeantes dos outros tipos de violência contra as crianças e adolescentes também foi encontrada em pequena escala nos discursos.

*"a gente observa que as pessoas, por conta de não terem uma escola, por conta de não terem educação, não por não terem casa, já começa os maus-tratos por aí, não só o adolescente e a criança, eles já vem sofrendo os problemas dos pais deles, e maus-tratos pode ser algo físico como pode ser algo psicológico, então acaba sendo dessa forma, quando você não permite que essa pessoa não tenha essas condições já se torna, acaba sendo um maltrato. Não permite que essa pessoa cresça e desenvolva o potencial dela, é dessa forma que eu penso." (Eloá)*

Apesar de já serem consideradas como sujeitos de direito, a criança e o adolescente ainda sofrem maus-tratos por ainda existir no ambiente familiar, dominações de gênero e de geração. *“Essa desigualdade nada mais é do que a assimetria do poder: a submissão do mais fraco pelo mais forte, que se traduz em maus-tratos físicos, em abuso sexual contra meninas e meninos, negligência e abandono” (SILVA, 1998:795).*

Muitas vezes esses maus-tratos são encobertos, sob o pretexto de medidas educativo-disciplinares, vislumbrando uma rigidez nas relações hierárquicas familiares, a criança deve sempre aprender a obedecer, *“sendo que a autoridade do adulto sobre ela assume, muitas vezes, umas configurações autoritárias, possibilitando situações de exercício de poder. Em*

*nome da disciplina e da obediência, criança é maltratada, como no caso do abuso sexual”*  
(MARMO Et al.,1995:314).

*"Violência sexual, logo que nós inauguramos aqui teve uns três a quatro casos, espancamento mesmo, chega crianças aqui tem fraturas de queda e tem fraturas que a gente vê que não foi provocada por queda, uma fratura do tipo torção, a gente questiona, a gente começa a indagar como é que foi..., a família chega mentindo, muitas vezes a gente começa a indagar da criança, calada, não quer falar, mas a gente com jeitinho vai perguntando e a criança diz: a mamãe me bateu! "(Caso Elizabeth).*

Gomes et al.,(2002, p. 275 -283) alertam para o caráter do visível e invisível diante da violência, atrelando a possibilidade do atendimento aos maus-tratos, apenas aos profissionais de saúde que conseguem visualizar, identificar a presença ou suspeitar de maus-tratos nos diversos casos atendidos. Assim, a efetivação de um atendimento e da sua visibilidade está intimamente relacionada a outros aspectos como a da escuta e olhares ampliados dos profissionais de saúde na sua prática cotidiana.

Tendo em mente todo cabedal teórico existente sobre as definições de maus-tratos, é inexorável a necessidade de se ter uma compreensão da complexidade do fenômeno devido ao atravessamento dos diversos fatores que o envolve. Portanto, a sua interpretação não pode se restringir a modelos reducionistas de explicação sobre a problemática.

Logo, é preciso investir mais no exercício para o alargamento da visão dos profissionais envolvidos com trato as crianças e a adolescentes, visando uma comparação em direção dos múltiplos modelos explicativos, para poder instrumentalizar ainda mais a sua atuação. considerando a precisão de se desenvolver saberes que correlacione à singularidade dos casos atendidos aos conhecimentos já desenvolvidos.

## 5.1.2- Os tipos de maus-tratos reconhecidos

*“Abandonado a si próprio, em sua solidão, o sujeito subjugado pelo forte entrelaçamento de pulsão de vida e de destrutividade só terá a si próprio ou aos que lhe são próximos para esse perigoso exercício” (Zygouris,1999).*

Existem diversas possibilidades de arranjos na composição tipológica dos maus-tratos e é a partir desses formatos que as definimos. Portanto, é possível distinguirmos vários tipos e subtipos utilizados por vários autores, porém as mais encontradas como definição de base e, também, as mais conhecidas pelos profissionais entrevistados são: a violência física, a violência psicológica, a negligência e a violência sexual.

Precisamos lembrar que são formas didáticas de compreensão do fenômeno, como nos chama a atenção os autores Miyasaki e Pires (2005, p. 44).

*“(...) definir os diferentes tipos de violência ou maus-tratos é apenas uma forma didática de compreender o problema, que muitas vezes ocorre de forma dinâmica e simultânea”.*

Um exemplo bastante interessante, por contemplar uma perspectiva interdisciplinar com relação à tipologia, é o trabalho dos pesquisadores portugueses, (1999 ALMEIDA, et al, p.91-121), "*Sombras e marcas: os maus-tratos às crianças na família*", que propõe uma maior contextualização, dos estilos e processos maltratantes diferenciados e onde os autores desenvolvem a partir dos relatos dos profissionais da infância (saúde, educação e serviço social) nove demarcações tipológica:

*"Tipo 1 — Abuso emocional com agressão física;  
Tipo 2 — Agressão física com seqüelas;  
Tipo 3 — Intoxicação;  
Tipo 4 — Abuso sexual;  
Tipo 5 — Trabalho abusivo;  
Tipo 6 — Ausência de cuidados básicos;*

*Tipo 7 — Ausência de guarda;*  
*Tipo 8 — Abandono definitivo;*  
*Tipo 9 — Mau trato in útero; "*

Esse formato tipológico claramente tende a direcionar e subsidiar as práticas e modos de assistência aos maus-tratos, pois, em pesquisa epidemiológica dentro desta lógica embutida é possível graduar os níveis de gravidade, temporalidade do ocorrido, bem como a abordagem dos diferentes atores envolvidos e seus possíveis encaminhamentos e desdobramentos.

Contudo, como podemos ver, os maus-tratos possuem diversas graduações e tipologias, muitas delas reconhecidas e trabalhadas pelos profissionais pesquisados na Unidade de Saúde. Nos discursos, os tipos que mais apareceram em forma de definição e exemplos foram: a negligência e a violência física, sendo a violência sexual a de maior impacto nos discursos analisados.

Podemos correlacionar este fato ao estudo de Braz e Cardoso (2000, p. 91-97.) que trabalharam em estudo de caso com depoimentos em história oral sobre as percepções dos profissionais da saúde sobre a violência e sua responsabilidade em denunciar os casos que vivenciaram. Apontando para uma invisibilidade diante de algumas tipologias de violência. Também encontramos o que as autoras denominaram de "*explícitos*", casos clínicos que marcam enfaticamente a memória dos profissionais e os chamam para uma maior responsabilidades civis, que compõe a maioria dos discursos nos casos relatados (maus-tratos infligidos ao corpo).

*"Eu já vi e cuidei de algumas crianças com lesões físicas, espancamento, com lesões mesmo, físicas severas, de criança perder fígado. Até óbito mesmo, uma vez a gente atendeu uma criança que foi arremessada na parede, e que teve um afundamento de crânio, e a criança evoluiu pro óbito, acho que até teve na mídia no ano passado a gente recebeu essa criança aqui!" (Sandro).*

Cariola (1995:162), com uma amostra de 103 casos, finda que *“a agressão é mais evidente na população mais carente, ou seja, com renda de um a três salários mínimos – 52,27% da amostra, não desprezando o fato da ocorrência de agressões em classes sociais de nível mais alto”*.

É preciso que se leve em conta que existe um viés de notificação, pois as famílias de classes média e alta contam com mecanismos que lhes garantem o sigilo. As famílias mais pobres são também mais numerosas e mais sujeitas à notificação (DESLANDES, 1993).

Com relação à violência sexual, quando com contato físico, são identificados nos serviços de saúde principalmente os casos de estupro e atentado violento ao pudor, mesmo assim, esses casos muitas vezes passam despercebidos pelo profissional, saindo do caráter explícito para o de caráter sutil, não sendo notificado.

*“Pessoas que, quando crianças, foram submetidas a abuso sexual tendem a repetir a situação de abuso com seus filhos” (ZAVASCHI et al., 1991:133).*

Relata-se que é comum a conivência de mãe, que se omite em face dos atos de seu companheiro que comete abuso sexual contra a criança porque *“geralmente possui história de abuso sexual em sua infância”* (SEABRA & NASCIMENTO, 1998:396).

*“O pai pode ter uma personalidade passiva e introvertida e geralmente a vida sexual do casal é pobre. Inicia a relação com sua filha durante um período de ‘stress’, solidão e dependência. A atividade do incesto pode não ser motivada pelo sexo, mas representa uma necessidade de afeto” (ZAVASCHI et al., 1991:131).*

Neste mesmo estudo, as autoras nomeiam a forma *“sutil”* de maus-tratos, compondo os tipos que não aparecem nas radiografias, os agravos relacionados ao bom desenvolvimento psíquico e à cidadania. Também encontramos um demonstrativo relativamente baixo nos conteúdos das falas dos informantes deste real:

*"... chega uma criança na unidade, não tem maus-tratos agressivos, mas você vê como a criança é maltratada, pelo nível cultural da mãe, que não saber, o que ela tem que oferecer pra alimentação, a criança chega aqui muito desnutrida, chega cheia de ferida, maltratada mesmo, a pessoa não tem noção de higiene, não tem noção de alimentação... você acha que a pessoa é limpinha, a gente vê criança que tem questão financeira boa, mas é maltratada. (Sandro)*

*"Os maus-tratos físicos, os maus-tratos social, o psicológico, eu acho que até mesmo cultural, quando a criança está sendo privada da sua cultura de saber da história do seu povo". (Fernando)*

A violência psicológica foi identificada por todos os informantes, porém pela sua característica sutil, ela vem sempre associada a outro tipo de maus-tratos, como seu complemento ou atenuante, como é o caso dos maus-tratos físico e sexual. Portanto, ora este conceito estava sendo fundido em outro ora confundida com outro conceito.

*"A física é quando deixa marcas no corpo, hematomas, e às vezes chega até quebrar, quando leva uma surra, como a gente já viu por aqui, os pais dando com paus, e machuca. A psicológica é quando ela chega a ficar amarrada em casa. Se torna uma prisioneira, o pai xinga e a mãe também, e no momento que ela fica prisioneira, ela não tem como ela se comunicar e se queixar pra alguém, então as vezes ela traz até um transtorno mental, ela fica temerosa em comentar com alguém." (Pixote)*

A negligência aparece definida pelos profissionais como sendo desrespeito e descaso nas relações do cuidar a criança e ao adolescente, em especial, no discurso dos profissionais da enfermagem.

*"Às vezes já grave, a criança chega muitas vezes aqui asséptica, com lesões graves, e ela vai deixando como*

*se não fosse nada, é um descaso, descaso também é um mal-trato" (Sandro).*

A negligência, por vários fatores, também é vista como uma consequência das dificuldades encontradas no desenvolvimento dos laços e vínculos afetivos da família diante da criança: *“trata-se geralmente de mães jovens, despreparadas para o casamento (muitas vezes não casadas ou separadas) e para a maternidade. Em geral a gestação não era desejada, a mãe rejeita o bebê, muitas vezes o caçula”* (DELGADO & FISBERG, 1990:115).

*"A questão abandono, negligência, as crianças chegam assim que dá pena, a gente vê que os pais lidam assim, como se não fosse nem gente, Totalmente abandonadas, doentias, sujas, cheias de feridas, que chega a dar dó, e a gente fica perguntando cadê o pai e cadê a mãe, um verdadeiro abandono!" (Pixote).*

Não encontramos nos discursos qualquer associação dos maus-tratos com o uso abusivo de álcool e /ou substância psicoativo, sendo que na literatura essa correlação é bastante pontuada. Em se tratando da negligência, esse fator predisponente é bastante citado, como é o caso do artigo *“o alcoolismo tem uma grande importância, sobretudo ocasionando violências incontroláveis e, no caso de ser crônico, provocando negligência e abandono dos cuidados com o filho”* (DELGADO & FISBERG, 1990:115).

No entanto, uma forma de negligência e o abandono bastante recorrente, nas Unidades de Saúde hoje em dia é a chamada *evasão*, essa terminologia vem emprestada da pedagogia, que designa fuga, saída, escape, abandono de um propósito, subterfúgios dos responsáveis que por inúmeros motivos vem se esquivando de prosseguir o tratamento das crianças, quando estas precisam permanecer mais tempo na instituição.

A interrupção do tratamento muitas das vezes tende a piorar o quadro do infante, devido a falta da medicalização necessária e na hora certa, não realizada no ambiente do lar.

Dentre tantas justificativas encontradas, as mais comuns são de mães de mais de um filho, que não podem permanecer mais tempo na instituição de saúde, por não ter quem cuide dos filhos que ficaram no lar, como também estarem motivadas pelo medo de perder o emprego.

Coelho (2002) em seu artigo *“A saída do sujeito sem alta médica: a discussão sobre a autonomia e a postura do profissional psicólogo”* nos chama a atenção para as contradições inerentes às posições de autonomia e heteronomia, entendendo esses conceitos como construção individual ética, e que pede uma reflexão não reducionista, ou paternalista diante dos comportamentos de evasão.

Quando se trata de crianças e adolescentes é muito comum se assumir uma postura paternalista diante dos casos, pelo fato que estas são consideradas inaptas a tomar por si mesmas a decisão de uma alta. A Constituição Federal (OLIVEIRA, 1998) preconiza as obrigações de pais e familiares...

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

Na saída do hospital com a criança, sem a alta médica, é preciso conscientizar os responsáveis de que qualquer lesão à integridade corporal, ou mesmo o óbito, estes serão responsabilizados por omissão de socorros. O autor considera importante que esta mediação aconteça entre todos os sujeitos envolvidos com a questão: equipe de saúde, familiares e, também, com a criança e o adolescente, respeitando o seu momento de desenvolvimento, na busca de um diálogo franco e respeitando a sua autonomia.

Outra forma de ver tal realidade são as condições precárias e desconfortáveis que muitos acompanhantes muitas vezes têm que enfrentar nas Unidades de Saúde, principalmente, nos períodos de elevado número de internações e quando a superlotação tem como solução as macas das crianças pelos corredores a espera de um leito nas enfermarias.

A violência institucional fora reconhecida por uma parcela bem pequena dos profissionais entrevistados como maus-tratos às crianças internadas na própria instituição em condições precárias de atendimento.

*"N formas de agredir uma criança, e no atual sistema que nós estamos aqui, até mesmo, deixar uma criança exposta no corredor, onde todo mundo passa, sem nenhum, sem condição, pra mim é uma agressão também, embora seja uma necessidade hoje, porque o hospital não tem, não tem a condição de receber a demanda de que ele tem tido hoje. Quando eu comecei aqui, o hospital era suficiente, sobrava leito, hoje faltam leitos, tem que colocar! Expondo mãe e filho no corredor do hospital, uma área que foi feita não pra ser uma enfermaria, mas que foi pra ser recepção do hospital, hoje está sendo usada, pra mim também é uma forma de mau-trato, bem claro, mas o hospital faz o que ele pode!" (Klayton)*

A violência sexual, a de maior impacto nos discursos analisados, e, também, um dos tipos com maior ascensão nas estatísticas do município de Manaus. Raramente o abuso sexual é a queixa principal no atendimento da equipe de saúde. Uma porcentagem bem baixa se dá pela queixa específica da vítima, familiares ou responsáveis, haja vista que na maioria das vezes, os familiares procuram por outros motivos, considerados causas subjacentes. Ressalta-se que a violência sexual também pode ser descoberta ocasionalmente pela equipe, a partir dos indícios que serão enumerados na categoria estratégias no manejo dos casos.

*“A minha experiência como profissional, foi uma vez uma criança que tava no plantão, e ela chegou com uma história que estava hipoativa, sonolenta largada, ninguém sabia o que tinha acontecido, a menina tinha uma anemia importante, e aí você começa a investigar o menino e estava acético evoluindo pra óbito praticamente, aí ele ficou na sala de emergência, a gente evoluiu com a entonação, porque a criança tinha uma insuficiência respiratória, colhemos exames de sangue, recebeu transfusão, todo aquele protocolo da emergência. E depois de dois dias a criança evoluiu para o óbito, neste dia do óbito eu estava também de plantão, e aí quando a gente foi preparar o corpo que é preparar pra mandar lá pro necrotério, foi quando a gente descobriu, que a criança já tinha sofrido abuso sexual, aí tudo, entrou todo um processo, é aquele alvoroço, chama a assistência social, chama o médico, aciona a família, e aquela confusão” (Sandro).*

Com relação aos maus-tratos ao adolescente, pudemos encontrar apenas 20% nos conteúdos analisados dos profissionais, talvez por serem pouco atendidos e a suspeita da exploração sexual e confirmação nos casos de DST's atendidas neste período da vida, um estranhamento por não entender a convivência familiar diante de tais casos.

*"Nossa questão assim na adolescência é que a gente não pega muito a adolescência, pelo menos eu percebo, que eu fico mais aqui, que a gente pega mais as crianças abaixo de seis anos que a gente vê mais isso, e os que são espancamento eu nunca vi no plantão assim espancamento, em adolescente em maus-tratos. Porque na maioria que aparece aqui de treze anos, já vivem na rua. Que vem às vezes acompanhada de um tio, às vezes até do próprio companheiro. Como a gente pega aqui, às vezes de um pai ou é uma tia, ou é uma avó que cuida, quase sempre é alguém, não é a mãe ou o pai que está acompanhando esse adolescente, e quando é a mãe, é aquela história, pressa pra levar a criança embora, tem mil coisas pra fazer, tem trabalho, e fica sempre numa terceira pessoa, então uma avó, uma tia, uma vizinha, mas são poucos os casos de maus-tratos na*

*parte de 10 a 15 anos que a gente pega, é mais abaixo de dez anos."(Bebê HPSC- Zona Oeste).*

Poderíamos pensar na possibilidade da não apropriação da cidadania juvenil espelhada nesta convivência familiar apoiada em que fatores? O mercado do sexo à luz do sol, e céu aberto?

A exploração sexual de crianças e de adolescentes pode ser considerada como *adultocêntrica*, por ser uma violência realizada por adultos a menores de idade. Segundo Faleiros (2000), estas relações:

- *Confunde os limites intergeracionais;*
- *Deturpa as relações sócioafetivas e culturais entre adultos e crianças/ adolescentes ao transformá-las em relações genitalizadas, erotizadas, comerciais, violentas e criminosas;*
- *Confunde nas crianças e adolescentes violentados a representação social dos papéis e funções sociais dos adultos (pai, irmão, avô,tio, professor, religioso, profissional, empregador), quando violentadores sexuais.*
- *Inverte a natureza das relações adulto/criança/adolescente definidas cultural e socialmente, tornando-as desumanas em lugar de humanas. (FALEIROS; 2000. p.87)*

O mercado do sexo infanto-juvenil é composto por crianças /adolescentes que pertencem a categorias sociais historicamente dominadas e hoje ainda estão à margem dos seus direitos como à escolarização, saúde, profissionalizações, habitações, ao lazer e a cultura.

*"Vamos dizer que eu encontro com 13 na maioria das vezes, já teve experiência sexual com mais de um parceiro, com 13anos, 11anos, eu noto no semblante da mãe que aquilo é a coisa mais natural do mundo, isso eu estranho aqui na cidade do Amazonas que, onde eu morei, em outros lugares, não era assim o comportamento dos pais, e aqui! A mãe fala sorrindo, parece que é normal, a gente não sabe o que acontece por trás de tudo isso, se as mães usam da criança pra*

*pegar algum dinheiro dos parceiros, não sei isso acontece, e também não vou acusar aqui, mas a impressão que se passa é que elas acham legal."*  
(Klayton)

O Ministério da Saúde elaborou uma cartilha informativa "*IMPACTO DA VIOLÊNCIA NA SAÚDE DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES*" (2008) para os profissionais da saúde, pensando na ação destes junto à prevenção de violências e promoção da cultura de paz, na qual é entendido que a...

*"aceitação social da violência contra crianças e adolescentes pode ser utilizada como justificativa de "educar". Essas violências são manifestadas como castigo físico, humilhação, intimidação e assédio sexual, especialmente quando não produzem danos físicos, visíveis e duradouros."*

Abramovay (2004), em parceria com a UNESCO, realizou uma pesquisa sobre *Juventude e Sexualidade*, abordando extensivamente os modos de identificar as vivências, no âmbito escolar, como foco as percepções / representações sobre as questões relacionadas à sexualidade, em várias capitais do Brasil.

Desta pesquisa podemos expor alguns resultados referentes à Manaus, como a idade média da primeira relação sexual indicada pelos estudantes, as meninas são de (15,1) equiparando ao restante das 13 capitais estudadas, atinge a menor idade em quase paralelo com São Paulo e Rio de Janeiro, já os meninos (13,9), também é uma das menores médias, equiparando a Cuiabá e Salvador.

Quanto à proporção de membros do corpo técnico-pedagógico questionado pelos estudantes sobre DSTs, Manaus se apresenta como uma das capitais, em que os técnicos mais foram questionados com 48,6%.

*“A gente encontra muitas crianças já doentes, com doença sexualmente transmissível. Principalmente na faixa de 12, 10 a 14anos que é a gente atende aqui, na faixa de adolescentes. Pré-adolescentes! Eu estranho, mas normalmente os pais sabem, é raro os pais que se assustam, Ah! Não sabia! Porque uma criança até 14anos, o que eu entendo pela lei, mesmo que ela deixou acontecer, ela não tem ainda poder pra isso. O agressor, mesmo que foi permitido, a criança permissiva, vamos dizer, a criança não tem, não tem por lei poder pra isso, isso é tido como um estupro também. Mesmo que ela disse: eu quero, eu namorei, ele é meu namorado, que acontece isso, é com o meu namorado!” (Klayton.)*

Apesar dos estudantes cada vez mais exercerem a sua cidadania e quererem saber sobre comportamentos saudáveis relacionados a sua sexualidade, nesta pesquisa de Abramovay (2004), na proporção de pais de estudantes do ensino fundamental e médio, por sexo, segundo conhecimento suficiente sobre DST's, nas capitais pesquisadas, considerando apenas as respostas afirmativas, Manaus aparece com 57,5 (masculino) e 57,9 (feminino) como um dos mais baixos níveis de conhecimento sobre DST's correlacionado as outras capitais. Com isso a autora entende que o desconhecimento por parte dos pais sobre os temas que atravessam a sexualidade, pode se apresentar como sendo um empecilho no diálogo com os filhos.

Citando outros tipos de maus-tratos, a Síndrome do Bebê Sacudido e de Müchessem por Procuração não apareceram nem na definição nem em exemplos nos depoimentos dos profissionais.

Foi possível verificar qual a incidência tipológica no local pesquisado a partir da análise dos dados estatísticos, dos registros de casos de maus-tratos a criança e adolescentes, notificados pelo serviço social do hospital, em 2008.

O serviço segue a tipologia mais conhecida e utilizada como base dos programas do governo federal, instituído nas fichas de notificação padronizada, para os bancos de dados. Que investigam a violência física, sexual, psicológica, negligência e abandono.

Ao todo foram 54 casos notificados no HPSC-ZO no ano de 2008, sendo destes:

- 12 registros de maus-tratos físicos com as seguintes características na sua maioria: traumatismo craniano por espancamento, contusão em face, quedas de lugares elevados, agressão física, perfuro cortante, intoxicação, queimaduras e hematomas;
- 2 registros de violência psicológica, associados aos casos de maus-tratos físicos, sendo a mãe a figura agressora. Uma tentativa de suicídio associada à violência sexual.
- 6 registros durante o ano de violência sexual, sendo três de atentado violento ao pudor e três de estupro.
- 14 registros de evasão, 17 relacionados à negligência e três de abandono por parte da mãe, sendo apenas um relatado como sendo a mãe usuária de drogas.

Se o trabalho interdisciplinar existisse efetivamente ele refletiria no desenvolvimento, de forma otimizada, na construção de serviços para atender cada uma desta diversidade tipológica dos maus-tratos, pois ter para onde encaminhar os casos de maus-tratos, tão diversos e saber se conduzir diante deste universo é uma urgência na saúde. Agregar tipos de maus-tratos mais frequentes em determinadas regiões da cidade e criar serviços especializados para dar conta deste real pode ser um começo de estratégia pra minimizar o sofrimento destas crianças violentadas.

## **5.2- Interação com o objeto individual e grupal: possíveis significados individuais e em equipe das interações, conflitos, dificuldades encontrados nestes fazeres.**

*“O senhor escute meu coração, pegue no meu pulso, o senhor avista os meus cabelos brancos. Viver! Não é? É muito perigoso! Porque ainda não se sabe. Porque aprender a viver é que é o viver mesmo! O sertão me produz, depois me engoliu, depois me cuspiu do quente da boca... O senhor crê minha narração?”.*

*Guimarães Rosa-Grande sertão: veredas.*

Cada vez mais os profissionais da saúde têm se deparado com a realidade dos maus-tratos nos espaços públicos, devido aos elevados índices epidemiológicos. Atentos ou não para esse real, todos têm sido convidados a reagir diante dos protocolos do governo para os maus-tratos, mas, como tem sido a interação desses profissionais com esse objeto? Quais os níveis de comprometimento com esse real? Quais os efeitos dessas interações para o cotidiano destes? Quais as concepções creditadas na sua atuação e o desenvolvimento alcançado com na construção dos saberes com este real? Segundo Oliveira (2002):

*"Os profissionais de saúde, em especial os que estão nos serviços públicos, devem estar preparados para essa realidade crua e cruel que atinge as nossas crianças e adolescentes no Brasil. Oliveira (2002,p. 137-140).*

No âmbito da saúde coletiva, Reichenheim, et.al. (1999, p. 109-21) desenha um movimento guia para as equipes de saúde que atendem a esta demanda através do Modelo Esquemático para atender a violência intra-familiar, apontando que os profissionais devem estar atentos aos fatores desencadeantes deste tipo de maus-tratos a partir de eventos sentinelas e mobilizadores de suspeita.

Esses eventos têm uma conotação preventiva e podem desencadear diagnóstico diferencial dos maus-tratos às crianças e adolescentes, a partir da confirmação no diagnóstico clínico, para, então, partir para um planejamento de ação de enfrentamento e tratamento.

Todavia, nem sempre acontece o monitoramento das ações desencadeadas pelos profissionais da equipe de saúde, porém, preconiza os protocolos que haja uma supervisão por parte dos profissionais inclusive na averiguação de possíveis reincidências, em qualquer processo interativo profissional-cliente.

Os níveis de interações possíveis na atuação destes profissionais vão desde a prevenção, como a terapêutica e a pesquisa, quanto às medidas preventivas. Harrington e Dubowitz 1993 e Ferreira e col. 1999 encontraram três níveis preventivos: *nível primário, secundário e terciário*. No nível primário da prevenção, caberá aos profissionais informar sobre os maus-tratos, orientar quanto a comportamentos violentos e as alternativas para uma relação familiar mais saudável, falar sobre os cuidados com as crianças e o adolescentes, de modo a respeitar o seu período de vida e favorecer o desenvolvimento das habilidades individuais.

O segundo nível da prevenção dá-se a partir da identificação precoce de crianças em “situação de risco”, impedindo que atos de violência aconteçam e/ ou se repitam. As ações desenvolvidas devem incidir sobre situações de maus-tratos já existentes. O nível terciário da prevenção tem como objetivo o acompanhamento integral da vítima e do agressor. As suas ações devem priorizar o imediato encaminhamento da criança/adolescente ao serviço, psicológico e jurídico social, o que pode diminuir as seqüelas da violência no cotidiano da criança e dos adolescentes. Deve também desenvolver ações que visem à responsabilização e à assistência do agressor, contribuindo para quebrar o ciclo de impunidade e, conseqüentemente, o ciclo da violência contra a criança e o adolescente.

*“Assim, as funções-chave do setor da saúde no sistema de proteção à criança são: identificar e notificar casos suspeitos; implementar serviços para diagnóstico e tratamento; interagir com agências de proteção; atender às demandas judiciais; fornecer informações aos pais sobre necessidades, cuidados e tratamento de seus filhos; identificar e prover suporte*

*para famílias de risco para maus-tratos; desenvolver e conduzir programas de prevenção primária; providenciar treinamentos e participar de equipe multidisciplinares”.*(FERREIRA, 2005).

Portanto, nesta categoria, estaremos analisando as estratégias apresentadas pelos profissionais de saúde do HPSC-ZO na relação com as demandas de maus-tratos e os tipos de manejos identificados na suspeita /confirmação dos casos e barreiras enfrentadas para cumprir com os protocolos já estipulados pelo governo.

O percurso dos maus-tratos na unidade de saúde HPSC-ZO é outra subcategoria desenvolvida dentro da interação com esse objeto neste capítulo junto com os possíveis encaminhamentos e monitoramentos da unidade aos casos já identificados e atendidos.

### **5.2.1- Estratégias apresentadas na identificação e manejo dos casos**

A identificação ou o diagnóstico dos maus-tratos infanto-juvenil tem sido guiado por indícios, muitas vezes fronterísticos, encontrados no diagnóstico e ou na anamnese do paciente, junto a seus familiares, e são primordiais para o desembaraço dos casos em questão. Os autores Pires e Miyasaki (2005, p. 42-9), Santoro (2002, p. 279-83), Marcelli e Cohen (2009, p.416 -38), dentre outros, apontam vários possíveis indícios de maus-tratos, divididos em sintomas físicos, transtorno do comportamento afetivos e sociais, sendo que alguns destes, também, foram encontrados nos discursos dos profissionais de saúde entrevistados. São eles:

Indícios visíveis e físicos:

1. Lesões dermatológicas: presença de lesões como equimoses, lacerações, hematomas (subdurais), fraturas, queimaduras, arranhões, marcas de amarras e mordeduras;
2. Lesões em vários estágios de cicatrização ou cura;

3. Criança/adolescente em situação de higiene precária;
4. Estado geral pode estar comprometido: (hipotrofia, atraso estatura-ponderal);  
Indícios Dedutíveis pelos Profissionais:
5. Lesões que não se justificam pelo tipo de acidente relatado e incompatível com a idade da criança/adolescente;
6. Lesões em áreas não comuns de acidentes e quase sempre cobertas, como genitália e nádegas;
7. Discrepância nos fatos, na cronologia ou na seqüência do evento;
8. Ocorrência dos “acidentes” em horários impróprios, como entre 24h e 6h, horário habitualmente de sono;
9. Presença de sintomas similares em irmãos.
10. Melhoria rápida e "inexplicável" durante a hospitalização ou separação dos pais;
11. Doenças sexualmente transmissíveis (DST);
12. Transtornos psicossomáticos;

Indícios no comportamento dos familiares / acompanhante:

13. Atitude de indiferença, por parte dos genitores, diante da gravidade dos ferimentos;
14. "Conformidade" dos pais;
15. Relutância dos pais em fornecer dados sobre o ocorrido ou, se o fazem, apresentam dados contraditórios;
16. Visita a vários hospitais e médicos diferentes;
17. Demora em procurar atendimento médico;
18. Histórias sociais geralmente inconsistentes, podendo haver problemas financeiros, uso de drogas e álcool, perversões, problemas emocionais;

Indícios no comportamento da criança /adolescentes:

19. Excessivamente medrosas;
20. Distúrbios do sono como: pesadelos e terrores noturnos, sono excessivo/ falta;
21. Comportamentos reacionais como: instabilidade emocional, agitação e agressividade;

22. Desvalorização e perda da auto-estima e culpa desproporcional e infundada;
23. Estados depressivos de todos os níveis;
24. *Vigilância Glacial* (Kempé, 1978), crianças com atenções ansiosas, vasculhando o ambiente na busca de qualquer ameaça, ou se antecipar ao desejo do outro;
25. Falta de reserva surpreendente: dirigem com extrema facilidade a estranhos, não parecem se inquietar com a ausência dos pais, essa familiaridade pode ser uma demonstração de distorção profunda da relação com os pais;
26. Crianças que não conseguem permanecer no leito da enfermaria, percorrendo todo o território do hospital sozinho, e abordando as pessoas no hospital;
27. Dificuldades escolares;
28. Isolamento social;

Devido necessidade de constatação de que esses indícios sejam de fato associados aos maus-tratos, e que podem existir na dinâmica familiar fatores desencadeantes de agressão como o caso de uso de álcool e drogas por parte dos responsáveis, é sempre importante a realização de um diagnóstico diferencial por parte de profissionais capacitados para identificar os possíveis maus-tratos, pois esses quadros podem ser confundidos com outras doenças orgânicas, como anomalias dermatológicas, infecções de pele, traumas acidentais, problemas neurológicos e síndromes hemorrágicas.

As estratégias na identificação e manejo dos casos de maus-tratos relatados pelos profissionais de saúde entrevistados foram inúmeras, podemos identificar desde um processo de negação da existência da demanda respaldada por uma postura tecnicista na abordagem com os pacientes até a exaustão na tentativa de colher informações para a possível comprovação dos casos.

O aparente descompromisso com o real dos maus-tratos, que muitas vezes é apontado na literatura como negligência por parte dos profissionais, pode ter uma conotação mais aprofundada, considerando que esse profissional pode estar cumprindo com a sua

obrigação profissional desintegrado da equipe de saúde a que pertence, por fazer uma leitura da sua função como sendo apenas técnica e desarticulada das demais ou por uma alienação social dos conteúdos indutores de sofrimento, o que expressa ruídos comunicacionais.

A comunicação entre os integrantes das equipes de profissionais de saúde, muitas vezes, tende a ficar prejudicada pela grande rotatividade de profissionais no setor em esquema de plantão, pelas posturas de esquiva de alguns profissionais diante dos maus-tratos e pela própria dificuldade pessoal do profissional nas suas relações intersubjetivas com a instituição.

*"Essas crianças quando entram no hospital, elas passam pelo setor da triagem, elas passam, pelo serviço social, eles tem uma informação que a gente às vezes não tem essa informação e que às vezes a gente não tem muito tempo pra ter essa informação, a gente trabalha mais em cima do quadro da criança. Mas na maioria das vezes a gente não sabe o que aconteceu com ela. Mas realmente a gente tem ciência de que tem muita criança que a gente trata que, na verdade até porque parece que eles omitem a família tenta omitir isso, a informação que a gente tem do pessoal lá da frente tentam omitir, falam que aconteceu um acidente, não informam isso" (Bebê da Pampulha).*

Nos casos de maus-tratos infantis, a identificação quase nunca é espontânea por parte de quem foi agredido e muito menos dos familiares ou acompanhantes, que quase sempre dão um jeito de camuflar o ocorrido, mascarar-lo como acidental ou o desconhecimento da maioria das agressões vividas pelas crianças e adolescentes. Ficando a critério da equipe de saúde, buscar esses conteúdos hipotéticos, mesmo que estes possam desenhar possíveis indicadores de maus-tratos, como necessidade de averiguação e, principalmente, da importância dada aos achados no decorrer do tratamento na unidade de saúde referida.

*"Quando eles vêm, eles omitem alguma coisa e não... Quando chega à mão do médico, quando chega ao consultório que o médico vai fazer o seu atendimento, às vezes a família nega, informa outra coisa, vamos dizer um acidente, alguma coisa assim, se não tiver uma investigação profunda, jamais ai chegar a uma conclusão de que aquilo foi um espancamento, alguma coisa assim, relacionada ao convívio familiar". (Pixote).*

Diante disto, foram encontradas diversas estratégias na abordagem e possíveis indicadores, nos discursos analisados:

- Histórias diferentes e distorcidas dos acompanhantes da criança, que não condizem com o quadro apresentado.

*"Chegam crianças aqui, tem fraturas de queda e tem fraturas que a gente vê que não foi provocada por queda, uma fratura tipo torção, a gente questiona, a gente começa a indagar como é que foi? A família chega mentindo, muitas vezes a gente começa a indagar da criança, calada, não quer falar, mas a gente com jeitinho vai perguntando e a criança diz: a mamãe me bateu!" (Elisabeth).*

- Contradição no discurso apresentado e emoção expressada pelo acompanhante da criança.

*"Quando a gente recebe, a gente começa a perceber desde a conversa, a conversa diferente, quando uma mãe chega desesperada, não solta uma lágrima, a gente conhece o desespero, mas uma pessoa fria(...)" (Elisabeth).*

- Durante os procedimentos a criança e o adolescente se comportam de forma agressiva, não cooperativa, desconfiada. Não se consegue quase diálogo com a criança.

*"Parece que ela não entende nada, ela não consegue uma empatia com você de maneira nenhuma, ela grita é incrível como muda de uma pra outra, um grupo reagir muito bem, claro, não peço que uma criança de dois anos vá me entender, mas de três a quatro anos em diante, o normal é que elas já me entendam, e até eu estou suturando ali eu converso, eu não posso nunca mentir pra a criança, nunca mentir pra ela, uma das coisas no relacionamento com o paciente com a criança é nunca mentir pra ela, do momento que ela percebeu que você falhou na verdade, cumpriu o que você falou, ela passa a ser teu amigo agora outras, não adianta, eu percebo que não tem conversa, elas não acreditam em você em hipótese nenhuma, como se em casa o pai não falasse a verdade nem a mãe pra ela, entende? Uma forma de agredir a criança é não respeitar a criança, então crianças desrespeitadas em casa, eu acredito que como é que ela, como é que ela vai acreditar nos pais?"(Klayton.)*

- No caso de estupro é encaminhado para os profissionais como o cirurgião-ginecologista que esteja no hospital no momento, para auxiliar na identificação da violência, fazendo este uma averiguação do local da agressão para fundamentar melhor diante das hipóteses.

*"O pediatra pede ao cirurgião e ele avalia se for estupro, realmente é detectado, aí eles fazem a denúncia, e aí a gente fica sabendo, não tem como a pessoa negar, muitas das vezes é o padrasto, a mãe fica encobrindo, fica escondendo, fica negando, mas aí sempre tem que a criança acaba que fala e aí quando você já tem aquela certeza, porque você sabe que a gente não pode fazer nada em cima de dúvida, você já tem a certeza, porque o cirurgião já avaliou, já viu que era, ou recente ou uma coisa já antiga, porque muitas vezes a criança já tem sido estuprada a muito tempo, pela mesma pessoa, está até uma coisa casual. Então a gente tenta descobrir, o pediatra vai, em cima daquele acompanhante, e acaba que no fundo, depois de muitas enroladas, a gente consegue*

*descobrir que foi um irmão, ou é um padrasto, mas ela não queria falar, porque tem medo de morrer, ela foi ameaçada, aí vem toda uma história(...)" (Bebe da Pampulha)*

Uma estratégia bastante encontrada no discurso dos profissionais é a abordagem a criança sem o familiar estar por perto e sempre com uma testemunha, como expressam:

*"Chega uma criança, com um acompanhante com uma história totalmente distorcida, é melhor você pedir pro acompanhante sair e conversar com a criança, e sempre acompanhada de outros profissionais, nunca sozinha, pra não dizer que você está distorcendo a história, como já aconteceu aqui, caso de morte da criança" (Elisabeth).*

*"É coisa de eu passar no leito e a mãe, gritando com a criança, ou então pegando a criança de forma que eu vejo que está machucando a criança. Eu chego e vou conversar com ela, vou explicar, e até falar pra ela que se ela continua com esse tipo de agressão, a gente pode evocar os direitos da criança, trazer o conselho tutelar. Até denunciar isso aí, que a gente não pode se omitir, e que nós temos que fazer. O que nós estamos vendo aqui a criança, em primeiro lugar é a criança, não é o pai não é a mãe, então a criança está aqui nós temos o dever de defender essa criança, e o pai também tem e a mãe, e se eles não estão fazendo, o hospital tem que se colocar"(Isabela).*

A literatura preconiza a discussão do caso por equipes multiprofissionais até a confirmação ou dedução de fortes indícios de suspeita dos maus-tratos. Nesse caso o diálogo interdisciplinar fortalece ao esclarecimento de dúvidas e possibilita a opção e tomadas de decisão coletivas o que suaviza as incertezas e possíveis erros no diagnóstico (GOMES, 2002).

Quando se consegue trabalhar buscando a compreensão do diagnóstico diferencial e com interdisciplinaridade, os arranjos do trabalho com o paciente passam a ser, quase sempre

de concordância coletiva, e se confirmada a suspeita. Esse mesmo coletivo, tende a se comprometer diante do plano de ação que envolve agora ações de intersetorialidade para os possíveis encaminhamentos, dependendo da gravidade e particularidades do caso em questão.

*"Tipo assim, quando ela está com o acompanhante que é o pai a mãe ou avó, se é por espancamento, ela não fala se é por estupro ela não fala. Quando eles se afastam, aí é que agente consegue colher alguma coisa da criança, mas a partir do momento que o acompanhante volta pro lado da criança ela já muda totalmente a personalidade, e isso é questão mesmo de experiência mesmo de prática de vida, dia a dia de contato com a criança... ai a gente sabe que tem alguma coisa errada e as vezes é passado pro pediatra pra ele tentar ou pro cirurgião, dependendo do médico que atendeu a criança, ela é passado pra poder tentar descobrir o que aconteceu".(Bebê HPSC-ZO).*

É fato que os maus-tratos de qualidade íntima tendem a não ser identificados a partir das rotinas investigativas do adoecimento realizadas pelas equipes de saúde, pois essas ações têm sido calcadas no assistencialismo voltado para as práticas curativas basais, principalmente na averiguação dos sinais e sintomas nos exames clínicos. Dentro dessa lógica, é possível se verificar casos de agudeza dos maus-tratos, mas não os que ainda podem vir a se agravar no futuro.

*"Aqui o atendimento é muito rápido, a gente pouco tem pra fazer uma pesquisa ou uma avaliação mais contundente a respeito de um paciente, quando ele chega, por exemplo, há uma suspeita, mas não uma comprovação se aquilo aconteceu ou não, e quando dessa forma ocorre e a gente faz o comunicado ao conselho e são eles que acabam fiscalizando aprofundando a pesquisa, essa avaliação, mas há sempre essa suspeita quando ocorre, quando é uma violência sexual é mais fácil porque você visualiza o que está acontecendo e acaba direcionando pra esse*

*atentado, agora não se sabe quem foi como foi, quando foi, a não ser quando há uma comprovação imediata" (Eloá).*

Dessa forma, os casos de caráter latente de maus-tratos, passam a ser perdidos e não rastreados nessa abordagem de trabalho, podendo se tornar em muito mais trabalhosos no vindouro para esses mesmos profissionais, que têm que se buscar com mais afinco ao paciente a ser acolhido.

O acolhimento por parte dos profissionais de saúde faz toda a diferença, pois na questão dos maus-tratos e, principalmente da violência sexual, é preciso que os profissionais de saúde compreendam e se sensibilizem diante da demanda, como apontam Denov (2003) e Dobke (2001), enfatizando a necessidade de se disponibilizar tranquilidade para a criança e não se expressar chocado diante do ocorrido, até que se diminuam os atos abusivos e parem as dúvidas sobre o relato da criança, pois, desta forma, a criança poderá perder a confiança no profissional.

O comportamento dos profissionais entrevistados apresentou ser receptivo e continente para os maus-tratos e com abertura suficiente de compreensão e sensibilidade para lidar com este real. Esse comportamento laboral é conduzido pelo prisma da prevenção.

*"O nosso pessoal vê uma criança dessa natureza, parece gente mais humanizada, Sabe? Apesar de o atendimento ser muito bom, mas eles se sentem mais próximos daquela criança, acabam dando mais de mãezona do que outra coisa, pra tentar tirar essa criança daquele momento mais difícil, essas crianças que já entendem, que já compreendem, tivemos um caso de uma criança que passou a não suportar a aproximação de alguém do sexo masculino, a gente evitou isso no primeiro momento, pra que ela pudesse vencer, porque pra ela estava sendo um choque por ser muito recente, isso a gente deixou de fazer,*

*posteriormente foi que a gente conseguiu aproximação dela, ela ficava chorando ou se tremia toda vez que se aproximava alguém, quando era o médico ele tinha que fazer o trabalho dele, e naquele momento não tinha outro profissional pra inverter, ele acabava tendo que fazer, verificando, avaliando a criança também, mas a gente percebia esse afastamento dela, essa rejeição dela no início, então a gente tinha e tentava não provocar aquilo naquela criança, essa rejeição!" (Eloá)*

O trabalho preventivo envolve a utilização das atividades de educação em saúde às rotinas dos serviços de saúde, compreende a busca de uma atitude diante dos maus-tratos psicológicos, negligência e físicos encontrados no dia a dia das enfermarias, quando os profissionais de saúde se deparam com os conflitos intra-familiares expressos no cotidiano, informando sobre serviços de atendimentos psicossociais, que visem amenizar o sofrimento expresso nos conflitos anunciados.

*"Ela melhora e obtém a alta, e tem as orientações pra procurar um CAIC, assim, sempre que tem a alta eu procuro mostrar pra mãe que a criança não saiu curada, ela saiu melhorada, que ela tem que ter todo um cuidado, até um cuidado pra que ela não retorne, porque é muito desconfortável pra criança sair da sua casa, da sua caminha, ou da sua rede e vim pra um local estranho, com pessoas que entram e saem então isso também é uma forma de violência se a mãe não cuidar da criança, colocar num lugar onde ela não se sinta bem. Eu sempre tento dizer isso e mostrar o lado dela como mãe, ficar sentada numa cadeira desconfortável sem dormir direito, também sendo incomodada, que ela deve se incomodar, então tento assim levantar essas questões na hora da alta, pra que ela cuide bem da sua criança e cuida bem da sua família" (Isabela).*

Percebeu-se que as estratégias realizadas pelos profissionais entrevistados diante dos maus-tratos, foram construídas em cima dos casos visíveis e se mostraram sub-eficaz: por

serem ainda insipiente a quantidade de ações preventivas e de promoção de saúde encontradas, visando à mudança das condições e estilos de vida; por ainda não haver, na maioria dos casos um diagnóstico precoce; pela maior dificuldade de viabilizar o escoamento da demanda dos maus-tratos diagnosticados para serviços de acompanhamento e tratamento, e por haver uma enorme carência destes serviços no município.

### **5.2.2- Os percursos dos casos na Unidade de Saúde:**

Os maus-tratos dentro do HPSC-ZO percorrem uma trajetória conduzida por um protocolo já existente para o atendimento, que consiste no reconhecimento dos maus-tratos por qualquer profissional, que aciona o serviço de assistência social para dar continuidade do caso. Este, junto com a equipe médica, providenciará os documentos necessários para a notificação e o enviará via fax pra o conselho tutelar da Zona Oeste. Esse é o atalho mais utilizado pela maioria dos discursos colhidos.

Porém, houve também aqueles que compreenderam a necessidade de fazer uma marcação ombro a ombro para acompanhar o desenrolar dos fatos e que agregaram ou tentaram agregar outros serviços, como o de psicologia, para já começar uma abordagem diante da suspeita dos maus-tratos.

Quando o mau-trato é identificado pela equipe de enfermagem, esta sempre comunica ao médico de plantão, que preenche a ficha de notificação do caso. Cabe lembrar que nesse trajeto, a posição do profissional da medicina ainda é determinante na execução da notificação, apesar da equipe de enfermagem ter uma maior (tempo /espaço) aproximação da família e do paciente.

*"Normalmente quando a enfermeira identifica esse tipo de situação, a gente comunica o médico, aí dependendo do ponto de vista médico ele preenche a ficha que a gente tem na unidade, que é a ficha de*

*notificação a maus-tratos pra acionar o conselho tutelar" (Sandro).*

Os serviços de saúde são movidos por um sistema de notificação que é incorporado pela rotina dos atendimentos, a equipe da instituição responsável pelos serviços preventivos, assistenciais e educacionais, contudo, mesmo sendo um dever de qualquer cidadão a denúncia diante da suspeita dos maus-tratos, duas categorias profissionais serão penalizadas caso não cumpra com a responsabilidade da notificação: médicos e professores, criando então essa necessidade das instituições de saúde e educação, criarem um protocolo para os seus sistemas de notificação.

A fala da profissional da enfermagem reflete bem a rotina de notificação nas unidades de saúde fica tendenciosa, pois cabe ao médico o veredicto final, ou seja, se não houver concordância no diagnóstico diferencial, ou mesmo se nem houve a preocupação de se buscar esse diagnóstico por parte do profissional, refletido na fala "*dependendo do ponto de vista médico ele preenche a ficha*" dependendo, o caso pode não ter visibilidade, e o profissional de enfermagem, ou outros profissionais da saúde que também interagem com o paciente, podem sentir-se inibidos para insistir na suspeita dos maus-tratos.

Na maioria dos relatos, quanto ao quesito trajeto do caso no hospital, há a fragmentação das informações e, portanto, não há quase acompanhamento dos casos por parte dos profissionais que identificaram o caso.

*"É passado pro serviço social, aí, daí em diante eu não sei como é o acompanhamento porque já fica como responsabilidade do serviço social, então a gente identifica, aciona o médico, dependendo do ponto de vista clínico, porque é o médico que tem que preencher, e a gente encaminham pro serviço social, e lá eles tomam providencia e solicitar a presença da zona do conselho tutelar ou não sei como seria, e daí*

*dessas diretrizes em diante eu perco um pouco, porque não é a minha área" (Andréa).*

*"Bom, nós sabemos que tem o serviço social que lida com isso e o serviço de psicologia. Nós não temos muito acesso a esses tipos, a gente não tem muito acesso a família da criança, ainda mais nessa unidade fechada que é a UTI, a gente pouco tem e o contato que tem, é o horário da visita, que o pessoal da família entra e a gente não tem na verdade, muito contato. Eu sei que existe uma assistência tanto da parte da assistência social, quanto da parte da psicologia, mas nós mesmo não temos muito contato com essa parte." (Bebê da Pampulha)*

Os relatos supra citam as dificuldades do trabalho em equipe interdisciplinar comprometem toda a assistência aos maus-tratos. Caberá aos gestores criar esforços para que os serviços oferecidos visem cada vez mais o rompimento efetivo dos obstáculos disciplinares, e que suas equipes de trabalho não representem uma colcha de retalhos, por cada profissional executar estritamente o necessário nas suas zonas de conforto delimitado pelos seus setores.

*"Como eu te falei antes, é bem delicado pra gente, porque a gente não pode abordar, diretamente a mãe, quando chega na emergência que o médico avalia, e a gente como enfermeira assistencial, a gente avalia também, se a gente observou tipo espancamento, aí é feito logo a denúncia pro conselho tutelar, e é encaminhado logo as papeladas, e o médico preenchem tudo e fica pro conselho tutelar fazer a parte burocrática. E a nossa parte de assistência é socorrer no que ele está precisando naquele momento, tipo assim, se for um sangramento, as vezes os espancamentos que chega aqui, a maioria que tem sangramento, é preciso levar ao centro cirúrgico, em caráter de urgência, e daí pra frente é questão de UTI e recuperação. Mas aí a parte burocrática fica mesmo pra o conselho tutelar e os órgãos*

*competentes, depois da denúncia médica por escrito. Mas pra gente chegar diretamente ao pai e a mãe pra questionar, brigar, não. É mais a parte de um interrogatório, que é feito. Que o próprio médico faz primeiramente, e a gente é a parte de assistência mesmo de enfermagem, e a indignação." (Sandro)*

É unânime na análise de todas as falas dos informantes a necessidade de mais profissionais da saúde mental na instituição, por haver só um profissional dessa especialidade e em contrato temporário e que realiza só um turno na unidade, ficando os demais turnos descobertos. Em todas as falas dos profissionais há a expressão de carência deste técnico para auxiliar no diagnóstico diferencial dos maus-tratos, além da falta de suporte e de apoio aos familiares das crianças internadas.

*"E assim, o serviço social é um grande aliado nessa parte, porque a gente só tem um psicólogo na unidade, então às vezes o tumulto tá tão grande que a enfermagem, perde o elo com assim a psicologia, às vezes a gente encaminha pra eles, mas aí a gente não tem aquele retorno, de psicólogo com enfermeiro, a gente passa pra cada um pra seus papéis, a enfermeiro identificou, o médico assinou o óbito, a assistência social encaminhou pro conselho tutelar, e assim, eu não sei como ficou a situação dessa mãe, se ela perdeu os direitos dos filhos, se esse pai (avô) foi penalizado de alguma forma, pela justiça, porque eu acho que o conselho tutelar, deve ter sido atuante, independente de ela ter prestado queixa ou não, porque ela era conivente, porque ela tinha que trabalhar pra sustentar, mas era o preço que ela tinha que pagar e no caso a criança pagou com o preço da própria vida." (Sandro)*

Ainda que nem fosse cogitado, talvez por desconhecimento, do valoroso trabalho do psicólogo organizacional para trabalhar com as equipes de saúde que atendem aos maus-tratos e outras demandas de saúde do trabalhador no hospital. Logo, faz-se esplanada a carência do profissional de saúde mental / psicologia em uma unidade de saúde da criança e do

adolescente para compor com a equipe multiprofissional e contribuir nos diferentes níveis de prevenção aos maus-tratos é inegável.

*Para te falar a verdade, nós temos um psicólogo, mas eu não sei se ele consegue, porque é um só. Você sabe que não dá, ele é do hospital todo, aí você sabe que tem aqueles pacientes da UTI, que já precisam de um acompanhamento, ele faz alguns acompanhamentos com algumas mães, mas não tem aquele trabalho assim, direto que eu saiba não, deveria, mas eu acho até assim, se tivesse mais profissionais, porque psicologia a gente não pode chegar o menino a mãe e blá, blá, blá, blá, é toda uma conversa, que tem que ter deixar ela se soltar, falar é meio complicado, isso aqui não tem não.  
(Bebê da Zona Oeste)*

A fala da assistente social denuncia a total fragmentação dos serviços aos maus-tratos, talvez pelo desconhecimento de que os maus-tratos nem sempre são evidenciados pelos familiares e o despreparo da equipe em descobrir casos invisíveis com indícios de maus-tratos encobertos, e a crença nos poucos serviços já criados para o atendimento ao maltratado, como se só fato de encaminhar fosse suprir a demanda dos maus-tratos, sem considerar que muitos destes serviços estão lotados e não se encontra espaço para acolher e tratar esse real.

*"A família chega, informa que a criança é vítima, de alguma agressão física ou sexual. Essa criança é atendida, na recepção, é passada pro profissional médico atender, o médico ao atender e constatar essa situação, ele encaminha, faz rotina. Se for física ele faz a notificação, passa pra gente e a gente encaminha a notificação pro conselho tutelar. O conselho tutelar faz a parte deles fazendo a denúncia pra delegacia, quando é abuso sexual, o médico também atende, faz a notificação passa pra nós, a gente passa também por fax a notificação pro conselho tutelar, e geralmente essas crianças que são abusadas são encaminhadas pro SAVAS, o SAVAS aqui na zona oeste funciona aqui na maternidade*

*Moura Tapajós, e lá tem toda uma equipe que atende essa criança que faz esse acompanhamento, o médico, o assistente social, o psicólogo, que faz o atendimento dessas crianças que são abusadas sexualmente". (Pixote)*

Enfatiza-se, então, que todo profissional de saúde, diante da postura ética, ao informar a família da notificação do caso ao Conselho Tutelar, deverá explicitar os motivos e explicar as necessidades de tal procedimento, quase sempre o acompanhante da vítima dos maus-tratos necessitará de um suporte profissional, de preferência da saúde mental, pois esses momentos são de muita tensão e pois nem sempre a família entende que seus excessos com a criança /adolescentes são pertinentes. Esse apoio poderá ser para o próprio agressor, como também, para lidar com o agressor.

Toda a maneira de esclarecimento para a família das necessidades da notificação terá que se dar de modo que este seja firme, sincero e, ao mesmo tempo, com abertura para o diálogo, para que esta mesma família não venha a perder o vínculo com a instituição de saúde (SBP 2000).

### **5.2.3- Barreiras enfrentadas no manejo dos casos:**

As dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde passam pelas dimensões: individual, coletiva, intra-institucional e interinstitucional.

No âmbito das dificuldades individuais na condução dos casos atendidos, as inquietações subjetivas que este fenômeno suscita, como: empatia com os familiares e com as vítimas, sentimentos hostis diante do agressor, não dominação dos impulsos diante dos inquéritos na tentativa da apuração dos fatos e busca de justiça.

*"Não ficamos com medo, nem nervosos, dele levar aquilo assim, mas ele tentou nos intimidar, no sofrimento dele, por que eu acho que ele estava sofrendo muito com aquilo, então não foi uma coisa assim de a gente pensar que ia pegar que ia matar que ia processar, nem nada, no sofrimento dele ele achou que dizendo aquilo, negando, negando, negando. Aquilo, aquela negação ele queria que nós negássemos também, que a criança não tinha tido aquele problema, que era um atendimento de rotina, sabe? Uma gripe, alguma coisa assim, ele queria que nós disséssemos, mas nós não podíamos" (Isabela).*

A sub-notificação, assim como a própria dificuldade de se diagnosticar os casos, ocorre devido a diversos fatores, como apontam os vários autores envolvidos com o tema (GONÇALVES e col., 1999; MARMO e col., 1999; REICHENHEIM e col., 1999; PRESSEL, 2000; SBP, 2001; Brasil, 2001; Brasil, 2002; GOMES e col., 2002a; GONÇALVES e FERREIRA, 2002; Assis e DESLANDES, 2004; MOURA E REICHENHEIM, 2005; PIRES; MIYASAKI, 2005; PIRES e col., 2005; DESLANDES, 1999; VASCONCELOS E SOUZA, 2006).

Dentre esses fatores, temos de ordem individual: o medo da represália e do desenrolar dos casos que podem gerar riscos e vulnerabilidade para os profissionais, diante da notificação e suas implicações legais.

*"Ele podia processar, porque o que nós podíamos fazer era levar o prontuário da criança, levar os profissionais envolvidos e infelizmente tinha acontecido, ele gostasse ou não. Víamos o lado dele, Tínhamos a compreensão, sabíamos do susto que ele tinha tomado, mas era ocorrido, e que ele ficasse a vontade pra questionar, qualquer situação que ele tinha o direito. E nós também teríamos o direito de colocar se fossemos chamados, não deu em nada. Não deu em nada, em questão o pai contra o hospital, ou contra os profissionais." (Isabela).*

Na dimensão coletiva destas várias barreiras e obstáculos enfrentados pelos profissionais de saúde no manejo dos casos de maus-tratos está nas ações das equipes de saúde multiprofissional, se tem uma conotação de agrupamento dos seus integrantes e as suas ações são justapostas. Já nas equipes interdisciplinares, como prevê os trabalhos com os maus-tratos, a equipe atinge uma postura de integração, buscando articular sua ação em grande interação dos seus agentes.

Caracteriza-se, portanto, numa opção de co-propriedade, de intercâmbio, podendo-se atingir o grau de incorporação dos resultados de uma especialidade por outras, com empréstimos mútuos de instrumentos e técnicas metodológicas, com a integração real das disciplinas.

Na prática, para se ter realmente um trabalho interdisciplinar, é preciso buscar uma abertura para o pluralismo, ou seja, uma abertura para a diferença de opinião e decisão, um respeito às posições divergentes, como possibilidade de acréscimo de saberes, e advertência dos limites de nossas atuações e a constatação da própria incoerência ou incompletude. A abertura para o pluralismo passa longe de ser a conciliação de pontos de vista teóricos e éticos inconciliáveis.

A maturidade grupal encontrada no trabalho das equipes interdisciplinares compreende um coletivo que busca cotidianamente desenvolver a sua completude e a atitude colaborativa, visando a integração de suas ações, e que seus envolvidos assumam a co-responsabilidade, no desenvolvimento dos planos de ações caso a caso, construindo conjuntamente os objetivos e os resultados almejados. Desta forma, o encaminhamento dentro da equipe de saúde é visto na perspectiva de inclusão do companheiro de trabalho, procurando parceria na responsabilidade e execução dos planos de ação para atender aos maus-tratos.

As dificuldades do âmbito intra-institucional que mais apareceu e já foram anunciadas nos capítulos anteriores, como a carência de profissionais da área de saúde mental

e incongruência do trabalho em equipe multiprofissional, onde os profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente e a articulação destes trabalhos especializados não estão problematizados.

*"É mais aquela história tem uma mãe que está estressada, isso aqui e aquilo outro, e a gente consegue passar e que o psicólogo venha. Ai o pediatra pede que o psicólogo venha, e vem e conversa, mas são casos assim, bem como é que se diz a palavra, alguns e outros casos, não aquele trabalho, como você quer saber de acompanhamento. Eu nem sei assim se tem um encaminhamento, de uma mãe dessas pra um serviço assim, acredito que não tem!" (Bebê da Zona Oeste).*

A equipe multiprofissional entrevistada aponta também outras barreiras encontradas, como a falta de fluxo e rotinas definidas no atendimento, a necessidade de rapidez no atendimento da urgência e emergência refletindo na impessoalidade nos atendimentos emergenciais, dificultando as relações: profissional/ paciente / família em contraponto da problemática dos maus-tratos demandando ações mais cautelosas e investigativas (DESLANDES, 1990). Bem como uma capacitação de modo a dar subsídios para os profissionais conseguirem abordar a família ou o acompanhante na busca investigativa.

*"Olha, é uma situação muito delicada, eu vejo às vezes você tem que pensar bastante pra poder abordar, porque a mãe ou o pai que está acompanhando a criança, elas negam o envolvimento delas com essa situação, e fica muito difícil você chegar e afirmar. Olha, realmente houve, quem foi, e isso, a gente tem que ter meios. É uma forma pra abordar, e às vezes a gente não tem, esse meio e essa forma. E a gente procura da melhor maneira possível, tentar conseguir alguma coisa a respeito daquela situação, [...] Essa é a dificuldade. Que a gente sente aqui em abordar. Porque às vezes elas querem omitir" (Pixote).*

E por último os domínio do inter-institucional, a barreira quase que intransponível aparece como sendo a principal, nos discursos dos profissionais de saúde, é a não articulação interinstitucional, prejudicando a continuidade dos trabalhos, todo envolvimento subjetivo e intersubjetivo dos profissionais no tempo da internação fica alienado e este perde a oportunidade de acompanhar os andamentos do caso...

*"Uma dificuldade principal é você não conseguiu ter um retorno, que na maioria das vezes a gente fica sem saber o que aconteceu com aquela criança, o mais triste é você não saber, se alguém foi preso, se alguém está pagando por aquilo, se a criança foi tirada daquela família, se esta num lar, porque você fica assim, ai meu deus do céu, aquela criança apanha todo dia, ai, como é que aquela criança vive? Se foi feito alguma coisa, isso ai a gente não tem, então eu acho que uma das dificuldades maior de trabalhar com esse processo de maus-tratos, de você não saber o fim daquela criança, pra onde ela foi, a onde ela está, se ela está naquela mesma família, passando por aquelas mesmas coisas, a gente vê criança aqui, que chega aqui, pai e mãe são drogados, e a criança ta lá! Ai chega aqui desnutrido, que não come. Sabe Deus como é que vive, e a gente não sabe, não tem um feedback de a gente saber o que é que aconteceu? Porque a gente só sabe que toda documentação foi passada, mas ninguém sabe o que aconteceu e o que fizeram." (Bebê da Zona Oeste)*

E muitas vezes restando-lhes a descrença na efetivação e eficácia de suas próprias ações...

*"As dificuldades são muitas, porque você depois que denuncia pro conselho, pra delegacia, você não sabe que rumo aquela história vai tomar, na maioria das vezes 99% das vezes entregam de volta pra aquele lugar de onde ela está sendo maltratada, não tem como a gente tentar tirar isso aí, a maior barreira é isso, é ela ser devolvida pro lugar onde ela está sendo maltratada." (Elizabeth)*

Também apareceu nas falas analisadas a dificuldade de uma ação mais efetiva e de base com as famílias, os maus-tratos como demanda do trabalho das Unidades Básicas de Saúde, e a desarticulação dos trabalhos no mesmo território da Zona Oeste em Manaus.

*"... é aquela criança que não está bem alimentada, que está desnutrida, a mãe utiliza muito a isso é pela falta da informação mesmo, a instituição de saúde, também elas falham muito nesse ponto, é preciso a presença mais constante ao lado dessas pessoas, que as casinhas que se cita muito, que ainda estão devendo muito trabalho de saúde pública mesmo. A pessoa não fala, não dá informações, pra gente então fica complicado a gente determinar, quem e como foi feito." (Eloá)*

A carência do trabalho em rede intersetorial e interinstitucional como foi trabalhado nos capítulos anteriores, apresentou como um horizonte a ser desbravado no discurso dos profissionais e que envolvem os setores já conhecidos, como educação, saúde, justiça, segurança, cultura e trabalho.

O trabalho em rede alimenta saberes próprios do viver coletivo, pois agrega conhecimentos subjetivos de como compreender e intervir no processo da rede, principalmente nas questões de exclusão social. Para tanto é preciso investir em uma construção de novas modalidades de intervenção, como preconiza o ECA, se fundamentando na doutrina da Proteção Integral.

É necessário desenhar a perspectiva da rede social como possibilidade de utilizar no trabalho cotidiano de análise, engenho compartilhadamente e sistematicamente as ações diante dos maus-tratos. A teia que vai se formando, é vista como *espaços de potencialidades* de ações de afetividade e novas reconstituições, são campos fecundos de ações e trabalho social.

As instituições, por sua vez, são: ONGs, mídia, partidos políticos, associações de classe, associações de base, Igreja, empresariado, movimentos sociais, grupos de apoio,

escolas e universidades, Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Delegacia da Mulher, Vara da Família, Ministério Público, além das instituições de saúde (posto de saúde, hospital), mas o trabalho em rede quase não acontece.

*"E a gente faz a nossa parte de orientação, de encaminhamento e esclarecimento, as pessoas que querem levar a frente essa situação. Eu vejo o seguinte, dentro da nossa possibilidade, eu acho que a gente faz o atendimento correto! Porque ele ao chegar aqui, a gente procura dar, o melhor que o pronto socorro oferece que é o atendimento, é médico, o atendimento psicológico, se o psicólogo estiver aqui. E a gente dá o encaminhamento." (Pixote)*

Outro obstáculo a ser ainda mais bem pesquisado são os monitoramentos dos casos pelo setor da saúde, pois como a rede tem ações bastante fragmentadas o monitoramento dos casos tende a não acontecer também.

*"O monitoramento disso, quem faz? Normalmente não somos nós quando ela tem alta daqui, ela não volta mais pra cá. Algumas crianças quando a gente pede pro pai pra trazer, pra fazer esse monitoramento, não temos esse acompanhamento, eu acho que quem pode responder isso pra você é o assistente social, é ele quem marca as consultas, é ele quem faz a sequência disso aí." (Klayton)*

Quando abordado o profissional do serviço social...

*"Existe algum monitoramento? Não, eu desconheço. Pelo pronto socorro eu desconheço." (Pixote)*

*"Eu tenho tentado enquanto assistência social entrar em contato com os órgãos. Conselho tutelar, lá com a SEMSA. Pra poder vê se a gente é trás de volta a criança e dá a oportunidade dela fazer esse tratamento e não ter seqüelas, não ter e até uma coisa*

*mais prática, a de chegar até se não tiver o tratamento adequado e a mãe se conscientizar de que tem pessoas, tem órgãos atentos à situação da criança então eu não deixo isso aí passar em branco". (Isabela).*

Os autores Garbarino (1988) e Santos (1991) nos orientam para a idéia central de continuarmos insistindo no monitoramento dos casos como ação fundamental no âmbito preventivo, que é a reincidência dos maus-tratos, caso não haja uma ação que interrompa a sua dinâmica, ou mesmo com o restante das crianças que estão em contato ou em convívio com o agressor.

*"Atualmente, ainda se observa uma real dificuldade de trabalho conjunto e retroalimentado entre organizações (setor judiciário, conselhos tutelares, organizações não-governamentais, etc). A divulgação e integração das atividades realizadas, o retorno de informações sobre o andamento dos casos e a especificação de ações, evitando a sobreposição de serviços, ainda são metas a serem atingidas. Vale ressaltar a insuficiência de programas de avaliação dos processos implementados, alicerce fundamental para o aumento da efetividade das ações realizadas" (REICHENHEIM, M. E et.al; 1999, p. 109-21).*

A assistência social na unidade de saúde acaba por ficar na articulação das ações intersetoriais e interinstitucionais, quando há efetivamente o trabalho em rede, e andamentos dos casos pelos outros setores ficam sabidos também da morosidade do andamento dos casos e a utópica proteção integral a criança e adolescentes nos casos de notificação compulsória.

É nesse grande hiato entre o diagnóstico e o processo de responsabilização do agressor, o tratamento psicossocial precário das vítimas o seu apoio jurídico insuficiente, que

aqui em Manaus o risco e a vulnerabilidade destas crianças e adolescentes se acentuam, por também não haver no município, vagas para abrigos temporários destinadas para o acolhimento destas vítimas. Passando a serem revitimizadas pelos agressores, e maltratadas pelo poder público.

#### **5.2.4- As marcas dos maus-tratos nos profissionais da saúde:**

*"Não podemos conceber uma organização do trabalho sem sofrimento, mas organizações do trabalho mais favoráveis à negociação da superação desse sofrimento".*

*H. Arendt*

A dinâmica dos setores de emergência pediátrica, como já foi trabalhada no capítulo 3.6- *A Urgência/Emergência Pediátrica e os Profissionais de Saúde*, se apresenta muito intensa e o seu meio é a própria expressão da desruptura constante, convidando a um cotidiano de trabalho bastante estressante e sofrido.

Para podermos falar das marcas dos maus-tratos nos profissionais de saúde imersos no setor de urgência e emergência precisamos evidenciar o que entendemos por relações de trabalho e como estas podem ser marcantes no viver destes sujeitos.

Compreendemos que qualquer trabalho consiste em um conjunto de relações sociais e, portanto, uma série de relações intersubjetivas, com historicidade, hierarquizadas, e que sempre conterà os seguintes elementos: o sujeito (quem opera) o real (inclui as organizações já inscritas e contingentes no âmbito do trabalho) e o outro.

A análise da Psicodinâmica do trabalho, segundo Dejours (2008, p. 96,97), é proveniente da psicanálise, se refere ao estudo dos movimentos psicoafetivos gerados pelos conflitos inter e intra-subjetivos e aponta para os dramas vividos nas situações de trabalho.

Dessa forma, o autor sugere que o real nem sempre está totalmente disponível, pois essas dinâmicas tendem a resistir à explicitação do real.

Portanto, trabalho em saúde não está somente circunscrito nas relações sociais dele proveniente, muitas vezes díspares nas condições sociais e culturais. Nem somente na relação de sobrevivência com as garantias salariais envolvidas: como a instabilidade no emprego e direitos de trabalho sordidamente negados. Muito menos se esgota nas relações de poder que se estabelecem no seu bojo: poderes arbitrários, incongruentes e antidemocráticos refletindo em ações de assédio moral, desrespeito, isolamento e a falta de comunicação, dentre outros infortúnios.

É preciso inserir também a dimensão humana das concepções de trabalho. Considerando tal dimensão, a tendência é encontrar saídas mais prazerosas dentro do contexto laboral e do enfrentamento dos conflitos inerentes ao fazer, na urgência e emergência pediátrica.

Para tanto, é preciso envolver neste ditame a criatividade das ações envolvidas no labor como polarização de potências da inventividade e coordenação na busca de engenhosidades e descobertas. O agir criativo dinamiza o sujeito o faz se sentir pertencente à ação. Quando o trabalho se resume a rotinas padronizadas e ao esgotamento, de ações monitoradas e estranguladas pelo controle inoperante, tal criatividade é inibida e abre espaço para a ação automática, comprometendo a eficácia na contingência.

*"As possibilidades da ação sobre o real, que se deixa parcialmente conquistar, domesticar ou confrontar, atestam o vigor da criação do pensamento imaginativo do indivíduo". (DEJOURS; 2008, p. 49-106).*

*"Poderíamos sintetizar a postura forjada pelo profissional no cotidiano das práticas de emergência em dois desafios. O primeiro é ficar insensível diante da recorrência de tantas situações semelhantes. O*

*segundo é ter a concreta necessidade de se acostumar para não sofrer a cada novo episódio, o que afetaria a sua própria capacidade de intervenção técnico-profissional. Entre a 'frieza humana', da falta de solidariedade, e a 'frieza profissional', necessária para atuar, muitos desenvolvem uma 'comoção seletiva', permitindo-se emocionar somente diante de algum tipo específico de situação ou de vítima, como nos casos de violência contra crianças" (DESLANDES, 2002:140)*

Ainda em consonância com o pensamento do autor, as disposições para uma ação de cooperação como resultado de desejos coletivos e uma disponibilidade e abertura para a confluência de ações coletivas, é outra prerrogativa a ser mais investigada e enfatizada.

A atuação frente aos maus-tratos precisa ser coletiva, ou seja, é preciso que a atuação se dê em equipe, mesmo que a maioria das equipes de saúde do município de Manaus ainda seja multiprofissional, elas precisam caminhar pra o entendimento dos casos em uma mudança de atitude para a interdisciplinaridade. Para tanto, o pensamento coletivo e seus resultados em ações precisam ser mais trabalhados.

Falamos muito da valorização do trabalho coletivo e sua expressão nas ações das equipes de saúde, porém pouco se tem avançado nas políticas de gestão dos serviços de saúde, quanto ao desenvolvimento de ações coletivas reflexivas, que contemplem espaço e tempo efetivos e oficiais para discussão de casos clínicos, perspectivas e planejamento de tratamento e encaminhamentos pelos profissionais de saúde. Reichenheim et.au. (1999, p. 109-21) evidencia:

*"A abordagem familiar da violência e a própria complexidade do fenômeno traz como consequência a necessidade de integrar diferentes profissionais através da formação de equipes interdisciplinares em qualquer programa de prevenção, detecção e acompanhamento de vítimas. Ressalta-se a importância da permanente discussão dos casos atendidos por todos os integrantes da equipe responsável pelo acompanhamento da família. As*

*especificidades de cada profissional permitem que a situação seja discutida de diferentes perspectivas, facilitando a confirmação do evento e o planejamento das atividades a serem desenvolvidas."*

Quando muito os profissionais se reúnem por conta própria para discutir e buscar uma compreensão coletiva de situações do trabalho, mas, na maioria das vezes, esses atos são interpretados como "*fazer hora, enrolação, fofocas, passa tempo*" por não encontrarem um espaço oficial de troca de saberes e fazeres, dentro da instituição de trabalho.

O trabalho cooperativo desenvolve e exige, das relações, a confiança como principal consequência dos entendimentos das normas éticas, de forma pactual, diante das ações laborais.

A descontinuidade das equipes nos esquemas de plantão e os acordos de trabalho sem vínculos empregatícios com as instituições de saúde tendem a desfavorecer essas ações, pois a equipe de trabalho, por ser rotativa, está sempre em transformação, o que inviabiliza o trabalho contínuo e o desenvolvimento da confiança mútua entre seus integrantes.

Estabelecidos padrões de confiança variados, as equipes podem ir à busca da construção da mobilização intersubjetiva, construindo um engajamento coletivo diante dos entraves encontrados na execução das atividades envolvidas no cotidiano e poder se posicionar com maior esclarecimento e participação em relação a determinados entraves, como o distanciamento social, as diferenças culturais e os estilos dos conteúdos formativos da profissão.

Somente desta forma, segundo Dejours (2008, p. 49-106), o reconhecimento como constatação das contribuições das ações individuais no desenvolvimento do produto final da equipe de saúde, ou como gratidão identitária decorrentes da qualidade empregada nos fazeres e seus resultados diferenciados que pode ser legitimado.

Os significados evidenciados pelos profissionais entrevistados como os resultados psicoafetivos dos fazeres nos atendimentos aos maus-tratos infanto-juvenis foram: terrível, chocante, aterrorizante, indignação, impotência, dor, cruel, difícil, mexe comigo, incômodo. Consentiu serem geradores de ansiedade, angústias e em alguns discursos desespero. Com certeza esse real em movimento de empatia ou transferencial, mobiliza conteúdos da história de vida desses profissionais, e causa um enorme desconforto nas resoluções de conflitos disparados internamente.

*"Que o próprio médico faz primeiramente, e a gente é a parte de assistência mesmo de enfermagem, é a indignação. **Indignação?** É porque às vezes você vê que são coisas assim banais. Eu já peguei um caso, à noite, assim, acho que não é questão ética, porque eu não vou citar nomes, mas eu peguei um caso de vim a mãe, a avó mais o pai com a criança assim, quase morta, já em pré-óbito, e ele não tinha nem dois anos de idade, esse menino, o caso rolou até pro jornal, e tudo mais, porque o pai tinha dado soco na barriga de criança de dois anos, então ele chegou com a criança, dizendo que a criança tinha vomitado e que ela estava daquele jeito porque tinha vomitado, e após a gente colocar, no leito na emergência, a gente viu que tinha hematomas no abdome e hematomas nas costas, então assim você fica com vontade de você mesmo chegar e matar um indivíduo desses, e era filho, e ele e a mãe encobrindo (...)"(Sandro).*

É possível interpretarmos, diante das marcas anunciadas pelos entrevistados, que o sofrimento psíquico desperto nos fazeres da equipe de saúde em contato com os maus-tratos é da ordem do suplício. Logo, o envolvimento destes com os seus fazeres tem sido expressamente intenso. A não possibilidade de re-significar esse sofrimento poderá tornar as condutas cada vez mais patológicas, desenvolvendo resistências como estratégia defensiva.

*"A mãe era isso oh! (abre os braços) enorme! Da raiva, ela comia, com certeza, e a criança ela dava água com farinha, quando tinha leite, leite com*

*farinha. E por ai tu tiras o que essa criança não passava, a gente sente raiva, é isso que eu digo, a gente sente muita raiva, e depois a gente sente raiva porque a gente sabe que ela ficou por ai, provavelmente deve engravidar novamente e ter outros filhos, se já não tinha. E às vezes é difícil de a gente controlar e não falar alguma coisa. Que na hora que a gente vai punccionar uma criança dessas, a gente fica assim com o coração partido. E às vezes a gente fala com a mãe, briga com a mãe, também. Vai o lado, aflora o lado mãe da gente, e a gente briga também com a mãe, mas não resolve nada. É difícil! (Bebê da Zona Oeste).*

Dessa forma, o sofrimento não pode mais ser transformado em prazer, pois não consegue escoar e encontrar sentido, gerando acúmulos e ocasionado uma dinâmica patogênica de descompensação psíquica e somática, chegando muitas vezes à exaustão. A experiência vem do que resiste ainda no real e sempre em relação ao domínio da técnica e dos conhecimentos. As alienações mentais, sociais e culturais surgem como forma de resistir aos processos conflitivos das situações de trabalho (CODO & VASQUES-MENEZES, 1999).

Ocasionalmente, esse material produz uma alienação que pode ser mental (conteúdos psicopatológicos). Se o indivíduo perde o contato com o real e com o reconhecimento pelo outro, ele encontra-se na solidão da loucura, ou seja, gera comportamentos inapropriados para a função exercida, produtores de sofrimento psíquico para o indivíduo e para os coletivos a que pertence (familiares /amigos/ equipe de trabalho).

*"Terrível olha! Triste! Infelizmente, porque uma vez um guarda de transito ele esmurrou o abdômen do filho e chegou aqui com a criança passando mal, e quando foi ver hemorragia intra-abdominal, a criança morreu, e a criança chorava muito, foi quando chegou aqui a criança chorava muito, ele estava cansado e a criança não queria comer, uma história muito, é por conta do desequilíbrio, do pai, desequilíbrio dos familiares. Terrível!"(Elisabeth).*

Outra forma de alienação apontada pelo autor Dejours (2008, p. 49-106) é a social, onde os modos de trabalho não convergem com o do coletivo causando uma crise de identidade e um profundo desconforto pelo não reconhecimento dos seus esforços. Na busca por sentidos os profissionais que sofrem da alienação social tendem a se isolar e a não dividir os seus valores e crenças nos conhecimentos e técnica empregados.

Por último, a forma de alienação cultural muito comum no plano da gestão no trabalho nos serviços públicos de saúde, acaba por subjugar. O profissional se aliena diante da gravidade dos efeitos da fragmentação do fazer em suas unidades, enquanto as diretorias discutem questões de gestão, de empreendimentos e de doutrinas, não privilegiando os fazeres e saberes destes profissionais que farão do seu trabalho a identidade dos serviços.

Para Skaba (1997) os serviços de emergência são espaços de grande vulnerabilidade ao sofrimento no trabalho. A autora compreende que muitos profissionais negam esse processo de aflição, como defesa psíquica para dar conta da convivência diária com o mal estar que estes locais convidam os profissionais a se relacionar.

Por esse motivo, pudemos identificar uma organização de negação do real, como estratégia defensiva da relação subjetiva diante dos maus-tratos, como possibilidade diferenciada de lidar com o sofrimento que este contexto possa causar no trabalho, negação do que se faz conhecer por sua resistência ao domínio técnico do trabalho.

*"Essa questão dos maus-tratos a gente trabalha, com crianças críticas, aqui nós temos duas unidades de UTI, que na verdade, seriam uma terapia semi-intensiva e outra intensiva, mas que na prática acabou sendo duas UTIs, como essa daqui. Hoje nós temos crianças com ventilação mecânica, tanto em uma como na outra, e os procedimentos das crianças, e os quadros de gravidade são quase os mesmos, funciona na prática como duas UTIs. E a gente atua principalmente nas complicações respiratórias, tem*

*muito problema de secreção pulmonar, por estar com ventilação mecânica, na grande maioria já são crianças neuropatias, que tem problemas já neurológicos e essas complicações a gente atua mais quer dizer que a incidência maior é em cima da parte pulmonar." (Bebê da Pampulha).*

Segundo Pitta (1991), estes profissionais tendem a desenvolver “sistemas sociais de defesa” como a fragmentação da relação técnico –paciente, no parcelamento das tarefas na busca inconsciente de reduzir tempo de contato com os pacientes, pois quanto menos envolvimento íntimo tiver com os pacientes, menor será a possibilidade deste contato, lhes mobilizarem sentimentos considerados hostis, como a raiva, ódio, angústia, ansiedade, inveja, dentre tantos outros.

Outros demonstram algum grau de ilusão e idealização com relação ao trabalho, junto com a procura por reconhecimento, que pode vir a abrir algumas brechas para a transformação do cotidiano dos serviços de saúde.(LEAL, S.M.C., LOPES, M.J.M; 2005 p. 409-31).

*"Me incomoda! Eu fico incomodada com isso porque eu até sinto assim, como seria uma covardia do adulto porque a criança não tem como se defender, então ele teria que não fazer isso, isso mexe comigo, eu teria que trabalhar isso dentro de mim, pra poder... meche como? No emocional, dá uma dó da criança, de ver tão indefesa, e a pessoa que deveria protegê-la, é a pessoa que ta agredindo, que ta lhe cerceando." (Isabela)*

*"A gente se estressa muito! Estressam quando a gente atende, quando não tinha filhos, a gente era mais fria, hoje depois que a de minha 15, nasceu, a gente sofre muito, eu me emociono demais, eu sou chorona demais."(Elizabeth)*

Os profissionais de saúde lidam com seus conflitos individual e coletivamente, e não há uma preocupação do hospital em garantir um suporte psicológico para que possam enfrentar as dificuldades do dia-a-dia. É nos combinados e acordos intra-grupais com os colegas de trabalho que se consegue muitas vezes administrar e suportar o “sofrimento” no auxílio mútuo do cuidado aos pacientes, como por exemplo, compartilhar as entrevistas investigativas a pais supostamente abusadores.

O estresse é um conceito antigo desenvolvido por Selley (1936), definido por este como sendo, o "*grau de desgaste total desenvolvido pelo viver*". Depois desta primeira definição, apareceram várias, enfatizando diversos aspectos e fatores desencadeantes, ora globais, ora específicos, ora internos ora externos para o desenvolvimento do estresse, Helman, 1994; Ladeira , 1996. Todos concordamos como os principais fatores de risco e de sobrecarga comprometem o bem estar biopsicossocial.

Dentro dos quadros de doenças ocupacionais, o *Burnout e estresse ocupacional* ocupam um lugar de destaque. O *Burnout* é o efeito de um demorado período de tentativas para lidar com específicos eventos estressantes na vida. A "*Síndrome da desistência*" é entendida como um processo de defesa psíquica, onde o sujeito passa da deixar de investir em seu trabalho e em suas relações afetivas, incapaz de se envolver emocionalmente consigo. É aquele que chegou no seu limite, falta de energia, não tem mais condições de desempenho físico e mental, Codo e Vasques-Menezes,1999 e Rabin, Feldmaan, e Kaplan,1999.

Os fatores desencadeantes da *Síndrome de Burnout* são muitos, e puderam ser identificados em 100%, das falas dos profissionais. Em algumas falas, alguns fatores se inter-cruzaram: falta de apoio (afetivo/social), fragilidade emocional, insatisfação com o trabalho, insatisfação com as demais áreas da vida, fontes de pressão no trabalho, dificuldade em lidar com problemas, problema de saúde menta e física, insatisfação pessoal, falta de realização

pessoal no trabalho, despersonalização, exaustão emocional, investimento frustrado/inadequado.

Os autores Dejours (1992) e Nogueira-Martins (2002) nomeiam alguns mecanismos negativos de adaptação ao estresse, correlacionados com os aspectos disfuncionais. São eles: embotamento emocional como a frieza e o distanciamento, negação ou minimização dos problemas inerentes à profissão, ironia e irritabilidade, humor depressivo, descuido com a própria saúde ou vivências hipocondríacas, faltas e abandonos de tarefas, mudanças constantes de unidade ou emprego, aumento da frequência de problemas de saúde, queda na produtividade e conflitos na equipe.

Os autores Rew e Christian (1993) em suas pesquisas com os enfermeiros, delinea a população de profissionais que foram vítimas de maus-tratos na própria infância e que hoje prestam assistência e se deparam com o semelhante real, e, portanto precisam aprender a lidar melhor com as emoções para conseguir dar suporte aos familiares e à criança durante a recuperação envolvida nos maus-tratos atendidos.

*“(...)a emergência e seus agentes convivem com a violência pelo menos de duas formas evidentes: como demanda de atendimento/trabalho e como forma de relação entre profissionais e clientela.”  
(DESLANDES, 2002:24)*

Em estudo etnográfico sobre como a problemática da violência na sociedade é enfrentada pelos serviços de saúde, compreendendo seus impactos sobre os processos de trabalho em dois grandes hospitais de emergência do Rio de Janeiro, Deslandes (2002) observa que é preciso desconstruir os preconceitos e estigmas sociais por parte de toda equipe da unidade de saúde, pois estes muitas vezes, são critérios seletivos para a qualidade da atenção dispensada.

### **5.3- A bagagem: competências adquiridas ou não desenvolvidas para lidar com o trajeto em si.**

*“Posso dizer tudo?  
Pode!  
Você compreenderia?  
Compreenderia!  
Eu sei de muito pouco, mas tenho a meu favor  
tudo o que eu não sei e por ser um campo virgem  
estar livre de preconceitos.  
Tudo o que não sei é a minha parte maior e melhor!  
É a minha largueza.  
É com ela que eu compreenderia tudo.  
Tudo o que eu não sei é que constituí a minha verdade!”  
Clarice Lispector- A Descoberta do Mundo*

Não tem como pensar sobre as marcas dos maus-tratos nos profissionais de saúde e desconsiderar toda a formação pessoal destes trabalhadores, no entendimento deles como formadores de opinião, é preciso desenvolver estratégias para envolvê-los em reflexões pertinentes aos maus-tratos, como desigualdade social, exclusão, direito a ter direito, cooperação, coletividade, dentre tantos outros, e só assim poder re-significar os lugares de suas atuações profissionais.

Os autores Cruz-Netto & Minayo, 1994; Sant’Anna, 2000; Sant’Anna e Lopes, 2002 nos fazem ater para a diversidade subjetiva de olhares e a urgência da inclusão das temáticas de direitos humanos na qualificação dos profissionais e trabalhadores de saúde pública.

O sistema de saúde brasileiro não pode mais adiar o enfrentamento do desacordo entre o atendimento público em saúde e a alienação de muitos profissionais, quanto ao entendimento das relações conflituosas originadas no cotidiano de violência e exclusão social de alguns segmentos da sociedade. É necessário promover a construção da consciência social do trabalhador de saúde, diz Skaba (1997).

### 5.3.1- A formação dos profissionais diante dos Maus-tratos

Convidar os profissionais de saúde a explicitar suas experiências, dificuldade e estratégias diante dos maus-tratos, é convidá-los a se perceberem através de suas falas, pelo menos dos seus próprios processos de criação, o quanto podem se identificar maltratados, ou na sua ação efetiva consigo mesmo e com tudo o que ficou pra trás que vem sendo negligenciado, abandonado, sequelado e o quanto muitas vezes esses fatos determinaram os seus processos de formação.

*"E assim... ao chegar na faculdade não foi decisão minha, ser médica, e sim do meu pai, entrei em contato a primeira vez com cadáver, eu me choquei muito e eu tive vontade de buscar o meu pai, porque não era eu que queria era ele, então naquele dia eu tive de tomar a minha decisão, ou eu mandava o meu pai ou eu continua. Eu acho que a minha formação, lidar com maus-tratos veio desde esse dia aí, dessa tomada de decisão minha... Eu decidi fazer medicina e eu me formei com a intenção de me formar para atender aos maltratados... Eu vi que eu não podia desisti desse dom que Deus me deu, e eu estou preparada, eu acredito acabei me envolvendo..."*  
(Klayton)

Os remete indiretamente a se lembrar de fatos que vivenciaram de maus-tratos pessoais ou mesmo profissional. É também despertá-los para a realidade de serem portadores de direitos e deveres como cidadãos. Em uma posição transferencial, estes profissionais poderão, dentro de um maior ou menor grau, entender a necessidade de elaboração destes percalços nas suas histórias, rever posturas, re-significar dores, ampliar visões.

O processo de formação pessoal visando o melhor atendimento aos maus-tratos, não pode ficar apenas na elaboração de manuais, guias, apostilas, protocolos de serviços. É

preciso ir além da função meramente técnica, é preciso conseguir atingir os profissionais, conscientizá-los de suas reais dificuldades no manejo dos casos, dos entraves para o desenvolvimento da ética do fraterno.

*"Família, filhos, plantões noturnos... e isso exige muito da gente... eu não conhecia essa área de enfermagem, foi aleatória a minha escolha, desde pequena a minha mãe dizia que eu quando era pequena queria ser enfermeira, mas não tinha noção do que era ser enfermeira (sorri), uma coisa é você estar lá na sala de aula e quando chega aqui...é totalmente diferente.."(Sandro)*

Os trabalhadores em saúde precisam cada vez mais conseguir mergulhar seus olhares na população que atendem, conhecer os arranjos comunitários do local onde esta inserido o seu fazer, buscar um conhecimento e envolvimento comunitário, essencial nos casos de maus-tratos, seja no diagnóstico (momento investigativo), seja na denúncia ou na construção de redes de apoio a vítima, ao abusador e à família como um todo.

As equipes dos profissionais da saúde são formadas por: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e apoio jurídico. Essas equipes necessitam de suporte e supervisão permanentes. (BRASIL, 2001; GOMES e col., 2002a).

Marmo (1995) e colaboradores entrevistaram 45 pediatras Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, que trabalhavam em diferentes setores do hospital, o resultado nas entrevistas foi que 86,7% já havia atendido maus-tratos. A maior dificuldade, o diagnóstico diferencial (46%). Estes dados indicam já na época, que apesar de estarem em contato com a demanda dos maus-tratos, eles se beneficiariam com uma formação continuada voltada para a orientação de como melhor identificar, detectar e orientar a problemática em questão.

*"Essa experiência que eu estou tendo agora no pronto socorro, eu não tive nada direcionado, nenhum curso, nada, é vivência mesmo daqui" (Pixote).*

Chaim (2004) e colaboradores pesquisaram 127 dentistas de cinco municípios do interior de São Paulo, com o intento de também esclarecer se estes profissionais haviam tido algum treino ou capacitação para o diagnóstico diferencial para maus-tratos contra crianças e adolescentes durante o período de graduação. O autor chegou ao resultado de que apenas 14,17% teve informações sobre maus-tratos durante a graduação para identificar e diagnosticá-los em crianças e adolescentes.

Cada vez mais se faz premente a necessidade de incluir nos currículos dos cursos de graduação em saúde o treinamento para diagnóstico e manejo de maus-tratos, bem como na rotina dos profissionais já inseridos nos serviços de saúde públicos e privados do município de Manaus. Todos os profissionais entrevistados afirmaram não ter aprendido nada direcionado na formação, voltado para a violência como um todo, quanto mais a específica a crianças e adolescentes, mas alguns foram treinados para cumprirem o protocolo exigido pelo programa VIVA do governo federal.

Pires (2005) realiza um estudo com um grupo de pediatras para identificar os impasses da notificação de maus-tratos infantis, e conclui que alguns profissionais médicos só notificam os maus-tratos de acordo com o grau de gravidade (critério bastante subjetivo na invisibilidade dos maus-tratos), o conhecimento insuficiente sobre os procedimentos da notificação, carência na estrutura dos atendimentos devido ao sucateamento das unidades de saúde, experiência subjetiva prévia, desconfiança e descrença dos andamentos do caso pela rede de proteção e, por fim, medo de serem processados e medo do envolvimento emocional com as famílias e a própria vítima.

É importante ressaltar neste estudo que a o grande diferencial diante da atitude dos pediatras em notificar os maus-tratos foi o grau de conhecimento sobre esta demanda em si:

*“O estudo aponta primeiramente para um achado contraditório: apesar da alta taxa de desconfiança nos órgãos de proteção e do medo do pediatra de ser*

*envolvido em um processo legal, a identificação e a notificação de casos de maus-tratos infantis foi uma prática freqüente entre os profissionais. A atitude de notificar dependeu significativamente do grau de conhecimento sobre maus-tratos infantis.”(Pires, 2005)*

A análise das notificações realizadas neste período de 2006 a 2008 nos fornece informações importantes, com esta epidemia cada vez maior no estado do Amazonas, é fundamental que os governantes e gestores dos serviços públicos e privados de Manaus busquem capacitar e sensibilizar os profissionais de saúde sobre o tema da violência como um todo, assim como o aprimorá-los nestes no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos.

A formação dos profissionais entrevistados do HPSC-ZO se apresentou da seguinte forma: todos formados há mais de 3 anos, mais de 60% em Universidades Públicas, e 80% já realizou algum curso de especialização. Os cursos descritos pelos profissionais: alta complexidade, Urgência e emergência, Enfermagem do trabalho, UTI infantil, Terapia Intensiva e Psiquiatria Infantil.

Trabalham há pelo menos 3 anos na instituição, com exceção do profissional psicólogo entrevistado, permanece na unidade pelo tempo em que instituição a que pertence está em reforma, 80% dos entrevistados possuem um vínculo empregatício calcado na parceria da SUSAM com as cooperativas de saúde, 10% dos entrevistados tem um vínculo de contrato temporário com a SUSAM e apenas 10% dos informantes possui vínculo empregatício efetivo e constitucional com a Secretaria de Saúde do Estado do Amazonas.

Ao falarmos de formação profissional, não podemos perder de vista os seus resultados refletidos no contexto do trabalho em saúde. É preciso considerar os enfrentamentos de diversas questões inerentes e urgentes como: a fragmentação dos processos

de trabalho e da relação entre os diferentes profissionais, as tangentes relações de trabalho e o gradativo sucateamento dos serviços públicos de saúde, a burocratização e verticalização do sistema público de saúde fundada a uma lógica de exclusão e o baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, que vão formando mentalidades alienadas dos próprios direitos como cidadão.

*Quando nós fundamos as cooperativas, melhorou assim 1000%, porque se eu hoje faltar a um plantão, a cooperativa já tem outro pra me substituir, quer dizer, não vai ficar sem ninguém, o único problema da cooperativa é que você não tem direito a férias, décimo terceiro, licença maternidade, nada disso. Nós somos todos fortes na firma. Você tem que zelar pelo o que é teu. Se você não zelar. Se você quiser sair você vende o seu passe, a aposentadoria você tem que pagar, como o meu INSS, pago a minha previdência privada, eu pago, eu que tenho que me virar, por um ponto é bom, pro Estado é melhor ainda, porque não tem que se preocupar com o décimo terceiro, férias, com licença maternidade, eu me lembro que da minha primeira filha eu fiquei sete meses sem trabalhar ganhando, quando eu tive a minha segunda filha, já era cooperativa eu fiquei, quarenta e cinco dias e fora que o meu parto foi prematuro. O Ministério Público tentou acabar. Estava na justiça durante dois anos, inclusive no supremo, e o Supremo eliminou a liminar daqui, ficou que o governo manteve. Acho até um erro o estado fazer um concurso e não chamar quem foi concursado, porque já tem quase quatro anos esse concurso, e a maioria não foi chamado, porque assim, seis anos, vai para o sétimo ano e são todos em regime especial aqui, não tem nenhum estatutário, o técnico, a enfermagem, nenhum, hoje em dia é mais fácil pro governo, deixar como está e fazer de conta que não está vendo nada. Aliás, hoje, não, sempre foi assim... (Elizabeth)*

Para abriremos ainda mais a discussão da formação, precisamos considerar diversos fatores que se interligam e refletem no agir diante dos maus-tratos. São eles: as condições de trabalho do profissional de saúde, especialmente os do setor de emergência, os vínculos de trabalho e a política e situação de remuneração destes profissionais, a estrangulada relação entre quantitativo de profissionais e demanda de trabalho, desestímulo profissional diante de tantas adversidades, fragilidade dos mecanismos institucionais para lidar com os profissionais sem observar o mérito profissional e falta de capacitação adequada para lidar de forma mais abrangente com as situações de maus-tratos.

Compreendemos então que para uma maior eficácia ao atendimento de emergência às vítimas de maus-tratos, no intento de subsidiar os cuidados em saúde, com qualidade, visando não só atender aos casos de agudeza, mas buscando uma atuação de prevenção (primária, secundária e terciária), é preciso investir em quatro aspectos principais:

- Sensibilização /capacitação dos profissionais de emergência (de todos aqueles que lidam diretamente com o paciente).
- A criação de rotinas institucionais diante de todos os casos de violência, sobretudo os maus-tratos a criança e o adolescente, de forma que garanta a sua proteção integral, e viabilize os recursos de tratamento da equipe médica, assistências sociais, psicológicas e judiciais.
- Desenhar a rede social de suporte para encaminhamentos e monitoramentos, e conhecer os seus representantes na comunidade, serviços e as organizações governamentais e não-governamentais.
- Conseguir chegar em um número mais próximo do real dos casos de maus-tratos atendido na instituição, para poder ter uma maior visibilidade e assim poder subsidiar o planejamento de ações futuras.

Especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe destacam-se, os desrespeitos aos direitos dos usuários, o modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta, o despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção e gestão, a formação dos profissionais de saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde, e o controle e participação social frágeis dos processos de atenção e gestão do SUS.

O desenvolvimento das relações interpessoais é terapêutico para os usuários e para os profissionais de saúde, na conexão real de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), ao buscar uma dialogicidade das relações, ou seja, compreender efetivamente o outro, entre os profissionais, seus modos de trabalhar em equipe produzindo uma grupalidade que vise as construções coletivas em constante transformações (JACQUEMOT,2005).

A formação em Direitos Humanos tem muitos desafios a serem galgados, no Brasil. É preciso construir estratégias diante dos projetos pedagógicos que assegurem um efetivo trabalho dos temas transversais ligados a direitos humanos, para que a atuação do profissional saia de um referencial do senso comum, de temas como o papel identitário de gênero nas famílias, relações éticas interpessoais e profissionais, códigos da linguagem profissional escudando as relações profissionais e dificultando os esclarecimentos necessários, consciência social.

Mais do que nunca é preciso buscar uma sensibilidade social em direitos humanos, refletir sobre o que ainda não estamos fazendo e o que estamos autorizando quanto a maus-tratos a criança e adolescente. Desconstruir a sedimentação dos abusos do pátrio poder (código civil de 1916) que solidifica uma rígida hierarquização das relações familiares e desenvolver uma postura mais democrática, pluralista nas relações intersubjetivas.

É somente neste formato que conseguiremos exercitar a alteridade, cada vez mais a compreensão do respeito ao outro, combater a discriminação e validar as ações de inclusão das diferenças: familiar, profissional e institucional.

### **5.3.2-Conhecimento do Estatuto da Criança e do adolescente (ECA):**

É considerável a ênfase que se deva dar para 100% dos entrevistados apresentarem o desejo de conhecer mais o ECA. Há uma compreensão de que é um postulado legal sobre os direitos da criança e do adolescente, que contém capítulos, artigos importantes e ainda pouco conhecidos.

Essa expressão do desconhecimento desse instrumento pode se dar em atitudes não conscientes, alienadas, podendo comprometer toda a atuação profissional, com comportamentos guiados por uma mentalidade preconceituosa, ou mesmo assistencialista a crianças e adolescentes.

*"Na realidade eu não tenho, eu pouco leio, eu pouco li, a minha filha tem treze anos e comentou com a gente, uma conversa e pelo o que eu já li eram dez pontos fundamentais, com relação a respeito com a criança, as crianças tem direitos, são direitos dela, elas tem direito de estudar de brincar, de ter uma vida saudável, e proteção, e dessas foram praticamente o que eu li a respeito, mas detalhadamente eu desconheço, eu não tenho muito aprofundamento no estatuto. "(Eloá)*

*"Eu conheço pouco, nunca li todo o Estatuto da Criança e do Adolescente, mas o pouco conhecimento que eu tenho eu tento aplicar em todo o lugar que eu trabalho eu sei que a criança tem prioridade a tudo, é uma parte do ser humano que precisa ser bem tratada. Eu gosto de trabalhar com criança, tem uns*

*que me dizem, não suporto choro de menino"  
(Elisabeth)*

Ainda encontramos profissionais de saúde com uma formação da mentalidade ancorada nos reflexos do "Código Mello Mattos", o *código do menor* (1997) e todas as suas aparelhagens, que pretendem proteger o meio, erradicando a criminalidade das crianças e adolescentes infratores das ruas, como restrição para a contingência populacional e a expressão da desigualdade, depositando-as em instituições maltratantes. Talvez até pelo efeito de uma não leitura e conhecimento das lutas e avanços da sociedade em tornar suas crianças e adolescentes cidadãos de direito.

*"Uma coisa do Estatuto que eu não concordo, alguns eu nem sei é sobre a questão do Estatuto do Adolescente Infrator. Isso aí eu não concordo muito não, porque ele pode ser menor, mas ele faz maldades. Eu acho que ele deveria ser penalizado por isso, eu não concordo muito, a gente não vê muito aqui, porque aqui quase não vêem esses adolescentes, nesse estilo ai não vem, vem poucos, raríssimos até, mas o restante eu não sei bem te dizer. E eu acho que falta muito, acho que falta mais atuação, principalmente nesses órgãos que tomam conta, esse tal a esse ai que a gente manda as crianças, é bem falho, bem falho mesmo, pelo menos com as nossas crianças são bem falhos. O restante eu não posso nem te falar porque eu não sei bem nunca peguei pra dizer assim, nunca li, e olha que eu gosto de ler, nunca li o Estatuto, só algumas coisas que a gente fica sabendo, fica falando, às vezes as meninas falam, mas assim pra ler mesmo eu nunca li." (Caso: Bebê HPSC- Zona Oeste)*

Podemos constatar que os avanços de uma legislação voltada para construção pelo pacto social têm se dado a passos lentos, mas já pode ser reconhecido o esboço para uma arquitetura em busca de cidadania da infância. Estamos reconhecendo os pactos sociais como forjadores de uma interação saudável e de alteridade. Foi possível encontrar nas falas dos

entrevistados, apesar de ainda não terem um maior envolvimento com este instrumento, um reconhecimento de sua força.

*"Eu posso dizer que houve assim avanços com a criação, desses conselhos, e com a nossa conscientização maior dos profissionais, com o nosso exercício, até a família também vem se conscientizando, ficando atenta não está 100%, mas já muita gente pensa... a gente conversa, já explica os deveres, os direitos da criança, a proteção, então ela já está assimilando também, a gente ainda tem muita coisa pra caminhar, mas é assim, é fundamental a gente ter esse conhecimento, esta apoiada no estatuto e tudo, e sabe que tem outros órgãos envolvidos, você pode acionar, você pode questionar... você ter um retorno, saber que não é só uma formalidade". (Isabela)*

Também foi identificado como um instrumento que fora criado pra defender "*em todas as suas integridades físicas, mentais, sociais, nutricionais, sociais*" e amparar a criança, e o entendimento de que pode não ser cumprido pelo desconhecimento e não divulgação, te auxiliado o trabalho dos profissionais de saúde.

*"Porque às vezes a gente conhece os direitos, mas não divulga, e tem às vezes condições que as pessoas estão lá, mas não tem acesso, e quando tem não dá muita importância porque não é a realidade que eles vivem, acha que é normal menino ficar do jeito que é e que deveria ser mais divulgado, principalmente nas escolas pra crianças ter uma concepção dos direitos e dos deveres deles". (Sandro)*

Desta forma é consenso entre os profissionais de saúde que atendem crianças e adolescentes no HPSC-ZO, a necessidade de também se investir em uma formação continuada que dê subsídios para o reconhecimento do instrumento em toda a saúde. E somente desta

forma estes profissionais podem conduzir suas atuações de modo consciente e produtor dos direitos da criança e adolescentes.

*"Eu confesso que eu preciso conhecer muito mais, preciso assim lê-lo não de forma rápida pra dizer assim, já li o Estatuto, mas eu penso que há necessidade da gente fazer um estudo mais profundo, um estudo crítico, e assim, estar atento a todas as situações que aparece no dia a dia pra gente conferir com o que o Estatuto está, assim nos avisando, o que o Estatuto esta assim tentando esclarecer, eu penso assim que todos os profissionais, todas as áreas de conhecimento, precisa conhecer bem mais o estatuto e a gente está sem condições, de denunciar e de encaminhar, todos aqueles que precisarem receber atendimento e cuidados com relação aos maus-tratos" (Medeleine).*

#### **5.4.- Revisitar: a constatação da descrença na proteção integral para os casos de maus-tratos:**

As falas dos profissionais da saúde, despotencializadas representam o descrédito de uma ação efetiva e eficaz quando se fala em proteção integral a criança, e principalmente a criança vítima de maus-tratos.

Essa descrença nas ações, nas políticas públicas e nos governantes como aqueles que também negligenciam e abandonam esse real, como se este não existisse. Reflete um território desprovido de compromisso de total descaso com a cidadania de suas crianças e adolescentes, justamente estes que serão a garantia de um futuro melhor para a nação.

*"A gente se envolve tanto que chega até a gente se emociona muito, quando chega esses casos, mas o Estado não tem um serviço de proteção mesmo, que vá proteger aquela criança, que vá proteger de um abuso quando é agredida que vá proteger mesmo a integridade daquela criança, infelizmente eu desconheço que exista aqui em Manaus um serviço desse tipo, eu não tenho esse conhecimento." (Sandro)*

Cada vez mais precisamos construir espaços públicos de saúde que disponibilizem o reconhecimento do direito a ter direito que se pode concretizar o existir a partir de uma sociedade democrática e onde os profissionais busquem exercitar suas alteridades.

*"Acima de tudo, reconhecer que o que está em jogo não é propriamente a eficiência da prestação de benefícios e serviços, mas o exercício dessa prestação à luz do sentido crítico e questionador do conceito de direito social, pois é só por meio desse conceito que se poderá aquilatar a real vinculação da seguridade social com os valores de igualdade e justiça social" (Pereira, 2000, p. 89).*

De modo geral, enquanto garantia da cidadania, as atitudes dos governantes parecem caminhar em sentido oposto, mostrando um considerável distanciamento entre a eloquência dos discursos governamentais e o acesso aos direitos, que fundamenta suas ações públicas, de insuficientes serviços disponibilizados frente à precariedade das condições sociais em que vivem as classes de baixa renda amazonenses. Fazem da população infanto-juvenil desprovida de recursos econômicos cidadãos sem direito.

*"É muito decepcionante no nosso país, eu acho decepcionante demais! A gente fica conversando entre nós aqui, os colegas daqui todo mundo tem filho e a gente fica pensando, um menino de 11 anos, desse tamanho. Essa criança esta comendo mãe? Tem que ver se não ta com verme, se cuida se está levando na consulta periódica, só levam quando está doente, quando levam, é caso pra conselho tutelar, não resolve nada... Relaxam e depois continua tudo igual, tudo como era antes de imediato eles fazem e depois relaxam e continua tudo igual, tudo como era antes eles esquecem infelizmente". (Elisabeth)*

Segundo Schmitt e Kempe (1975 apud SANTORO JR, 1989), entre as crianças agredidas que retomam a convivência com os agressores sem algum tipo de intervenção, 5% delas são mortas e, 35%, feridas novamente. De acordo com os mesmo autores em trabalhos posteriores, se houver o tratamento adequado de toda a família, cerca de 80% delas poderão ser reabilitadas.

Também sabemos que é nos setores de emergência que vão desembocar toda a expressão de falência e o sucateamento da atenção primária em saúde, a não acessibilidade universal, a não equidade, a agudeza da desassistência, a miséria e a desigualdade social refletida na população. Portanto, o sucateamento da saúde pública pelas diferentes instâncias de governo e o descaso com a vida da população usuária do SUS (JACQUEMOT, 2005).

A reincidência dos casos de maus-tratos nos setores de saúde vestidos da capa da invisibilidade pelo “o que não tem remédio remediado está”, causa o total descomprometimento com a proteção integral à criança, engrossando as filas de espera nas assistências à saúde, talvez esperando um quadro de agudeza para poder justificar outros procedimentos.

*"É por isso que dói! Porque você vê que aqui, no meu caso já teve crianças que passam fome da mãe, a gente vê que a mãe é nutrida, vê que a mãe está em boa forma física, está saudável como a gente diz, e aquela criança totalmente desnutrida, vê nas costelinhas, ai fica aqui, consegue sair porque chega totalmente descompensada, ai é nutrida, hidratada, é feito todo um processo, ai vai embora, daqui a um mês esta de volta, com resfriado, com pneumonia, mas que tu vê que a criança voltou a ficar desnutrida, que as costelinhas esta aparecendo, cheio de ferida do mesmo jeito que saiu, entrou antes saiu boa, ai volta com as mesmas feridas aqui acontece muito isso, a gente assim, tem aquela mesma clientela, que a gente chama aquelas mães assim, que são assim!" (Bebê da Zona Oeste).*

Muitas vezes o profissional é estimulado a não identificar este real devido à falta de serviços que estejam dando continuidade a esses casos encontrados no serviço de saúde, e dessa forma, muitos acabam por querer resolver com as "próprias mãos" ou mesmo completam desenvolvendo um ceticismo e com isto enfraquecendo a precária rede de proteção já existente...

*"(...) Eu acho muito deficiente, porque quando chega uma criança dessas, uma criança maltratada, eu sou testemunha de um bebe novinho, chegou com os dois lados do fêmur fraturados, imobilizamos, comunicamos ao conselho tutelar e a delegacia de menores, a criança ficou no hospital até resolver a situação, resumindo, quando a criança teve alta, pra quem entregaram a criança? De volta pro lobo! A*

*gente se sente muito mal, eu me sinto muito mal com isso, dá vontade de levar pra casa, mas você também não tem como cuidar com a vida que se leva, pelo amor de Deus, ninguém faz nada! O governo Brasileiro não ta agindo, pela experiência que eu tenho a gente denuncia o conselho tutelar já falou pra mim: nós não temos poder de polícia, eu não sei pra que responder todo aquele questionário se não é resolvido nada! Doutora nós não temos poder de polícia pra prender a mãe, não sei, o que eu vou fazer? Aí, quando é preso, passa 24 horas pagam fiança soltam não adianta nada!" (Elisabeth)*

Atualmente no Brasil, o “Estatuto da Criança e do Adolescente” (BRASIL, 1989) prioriza a identificação e notificação dos casos, criando o órgão do Conselho Tutelar que seria o responsável por iniciar a avaliação da situação denunciada, desencadeando as medidas a serem tomadas pelas redes específicas de atenção (proteção da criança, afastamento da vítima do agressor, punição do agressor, tratamentos).

Foram criados vários Conselhos de saúde, educação, dentre outros, mas como tem sido a efetivação das ações para a proteção integral das crianças e adolescentes? Até onde os conselhos têm conseguido avançar aqui no Amazonas? Para onde estão indo as crianças que precisam realmente de proteção integral do estado? Qual o real amparo legal que elas vêm recebendo?

*"(...) Pode ser vários, pode ser até uma vizinha que fica aqui, na internação todinha da criança, por incrível que pareça, a gente às vezes tem casos, da criança ficar 12 ou 15 dias, e ser uma vizinha, que é uma boa samaritana que a gente chama que vem socorrer, que tira a criança daquele lá e traz. **E vocês têm confirmação de que ela é realmente a vizinha? Tem! Ou ela é uma pessoa que esta com a criança? Tem, nesse caso tem, porque tem o endereço. As assistentes sociais elas fazem aquela ficha social, e sempre é detectado que realmente foi uma vizinha e elas passam, a mãe é fulana, mas o menino já está***

*doente a trocentos dias, e se eu não trouxesse, pegasse essa criança e trouxesse, ela ia morrer, e elas trazem e elas ficam por incrível que pareça, nós já tivemos casos de revezar, a vizinha com a irmã da vizinha, com a filha mais velha da vizinha, acontece muito, a gente pega de tudo aqui, de tudo um pouquinho"(Bebê da Zona Oeste).*

Outra questão que não podemos deixar de abordar quando se fala de proteção integral a crianças e adolescentes, o fato de a rede de serviços em saúde mental a crianças e adolescentes do município de Manaus ser quase inexistente. Apesar de o último censo do IBGE/ 2007 apontar uma população geral de 1.646.602, a mesma em crescente ascensão devido a grande migração e imigração para a capital do Amazonas, este ainda não possui sequer um CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil) ou CAPSad destinado ao atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais e com uso abusivo de substâncias.

*"Veio também uma história de intolerância alimentar, que a criança estava apresentando distúrbios psiquiátricos, tava tendo, como se fosse um autista, não conectando com o ambiente, às vezes não falava, e às vezes tinha o contato, mas depois perdia o contato conosco, e essa criança não era um paciente totalmente de uma urgência. Ela tinha que ser acompanhada por alguém mais especializado, um pronto socorro especializado na área, talvez um hospital psiquiátrico nesse caso, ou no ambulatório com um psiquiatra, um psicólogo pra acompanhar essa criança, no primeiro momento a gente buscou uma solução poderia ser um distúrbio alimentar que estivesse comendo ou bebendo que poderia estar afetando ele, mas a gente fez alguns exames, também e ainda falta chegar os resultados, mas a gente vai encaminhar para um psiquiatra, um psicólogo pra acompanhar essa criança, e colher a história que não foi muito bem esclarecido, a gente ouviu um lado, mas a gente não ouviu o outro, pai violento? Talvez,*

*mãe com distúrbio? Talvez. A avó com distúrbio? Talvez. Ninguém sabe, é algo a se buscar realmente" (Eloá).*

Para o atendimento da clientela de adultos também é bastante deficiente ainda em funcionamento a todo vapor, contrariando a todo movimento da então Reforma Psiquiátrica o antigo "Hospital Psiquiátrico *Dr. Eduardo Ribeiro*" ainda é o carro chefe para tratar os transtornos mentais da população de todo o Amazonas, salvo a exceção da construção e funcionamento precário de quatro CAPS, um em Manaus do tipo III, outro no município de Parintins, na cidade de Tefé e outro em Manacapuru, com esperança estendida há mais de três anos para a construção de mais um em Manaus e outro em Tabatinga sem data para a inauguração.

Com isto, podemos concluir que a forma de gestão e como os serviços estão organizados, irão refletir sobremaneira nos arranjos estratégicos da equipe de saúde, por estarem inseridos neste contexto e representarem esse universo no simbólico e ao compor entre si uma organização possível.

Devem levar em consideração que o diálogo com a criança e com o adolescente e seus familiares precisam permear sempre ao respeito os melhores interesses da criança, sempre incluindo uma posição protetora relativa, onde se garanta a criança e adolescentes, os direitos específicos do momento de seu desenvolvimento, mas também favorecendo a reflexão do seu exercício de cidadania abalizado na autonomia com responsabilidade.

## **Breves considerações**

Os dados estatísticos sobre a incidência dos maus-tratos na cidade de Manaus têm se apresentado discordantes nas diversas entidades que realizam esta contagem, evidenciando fortes indícios de sub-notificação, e um desconhecimento do real desenho quantitativo deste fenômeno hoje em Manaus.

Enquanto o programa VIVA/ Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde no Governo Federal /Manaus em 2008, registra um total de 722 casos de maus-tratos infanto-juvenil notificados em toda Manaus, o conselho tutelar relata ter recebido 5.182 denúncias no mesmo ano, distribuídos por Zonas de atuação.

Entendendo que os casos identificados e notificados que alimentam o programa VIVA são exclusivamente do SUS, e que os denunciados aos conselhos tutelares provem tanto do setor da saúde, quanto também do setor da educação e denúncia espontânea da população em geral, podemos supor que o espaço escolar, também aqui em Manaus tem se apresentado como privilegiado para a identificação dos maus-tratos. Isso se justifica pelo maior tempo de interação da criança com o ambiente escolar.

Pode também revelar o enfraquecimento da rede de proteção, na explicitação do número baixo de parcerias desenvolvidas no setor da saúde com os casos identificados, por falta registro dos casos atendidos, ou porque ainda se mostra ineficiente a quantidade de serviços em saúde, principalmente a saúde mental, para dar conta desta epidemia.

Somente a Unidade de Saúde HPSC-ZO registrou em 2008, 244 casos vivos de maus-tratos. Sabe-se que passaram pela instituição, no mesmo ano, 95.215 crianças e adolescentes, diagnosticados com os dez agravos mais atendidos. Este fato pode também estar espelhando que a atuação dos profissionais ainda está calcada no modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.

A partir deste espectro amostral pudemos enxergar que os envolvidos com a assistência de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos têm construído saberes na interação com este objeto, de forma artesanal, sem haver uma capacitação profissional específica para maus-tratos infanto-juvenis, que os instrumentalize para poderem lidar com este real. Segue um protocolo de atuação dentro Unidade de Saúde HPSC-ZO/ Manaus, porém suas ações ainda se apresentam justapostas e fragmentadas, inviabilizando o trabalho interdisciplinar que esta demanda pede.

Também encontramos interações conceituais empobrecidas, apoiadas em mentalidades construídas a partir do senso comum. O explicitar da dimensão tipológica se dá de forma básica em quase todos os discursos, sem nenhum arranjo determinado pela análise epidemiológica local. Sabemos que estes entendimentos quanto ao conceito e tipologias dos maus-tratos irão conduzir todas as suas atuações nos atendimentos cotidianos desde a identificação dos casos até a maneira como manejá-los.

Quase 90% dos entrevistados demonstraram um grande envolvimento com os casos relatados durante a entrevista, sendo estes, na sua maioria, casos de grande agudeza quanto à gravidade dos maus-tratos. Este fato faz pensar que ainda estamos identificando somente o visível dos maus-tratos, contribuições da dedução da representação biomédica da urgência.

Demonstra também a necessidade destes profissionais dividirem suas experiências mais traumatizantes, numa tentativa de re-significar as suas vivências profissionais com este real. Desta forma, também foi quase unânime a visualização das profundas marcas deixadas pelos maus-tratos nos profissionais, ao deixarem emergir a expressão de sentimentos densos e hostis em seus relatos, suas inquietações e indignações.

Estas inabilidades nomeadas no lidar com estes sofrimentos são bastante compreensíveis devido à não oferta de espaços grupais/ individuais de suporte e terapêuticos que os auxiliem e supervisionem na condução e elaboração destas vivências.

Ao contrário de muitas equipes de profissionais da saúde que anunciam um total descrédito a tudo que é considerado psicológico, tanto o sofrimento físico quanto moral, a equipe de profissionais entrevistados demonstrou, na grande maioria, fora uma enorme carência dos serviços de psicologia na unidade.

Apresentaram estar em bastante conflito com as questões éticas na condução dos casos de maus-tratos, e em pequeno espectro se deparando, ainda que de forma tímida, com a constatação de maltrato institucional, espelhado no baixo investimento na qualificação dos trabalhadores da saúde.

Nenhum dos profissionais entrevistados possui uma formação específica para o atendimento a vítimas de violência e a maioria demonstrou insegurança quanto às estratégias utilizadas na condução da investigação dos casos suspeitos. Também não apresentaram uma forma um trabalho integrado para assistir esta demanda (intra-institucional, inter-institucional, inter-setorial).

Cabe então comungar no momento reflexivo de todos os envolvidos no setor da saúde, sobre os nossos processos de alienação no real, sobre o quanto estamos conseguindo conhecer deste real, o que tem ficado de fora do setor da saúde e que insiste em entrar? Quais os cuidados com o quantum de sofrimento desperto no manejo dos casos e o quanto este real tem abarrotado os canais perceptivos, excluindo qualquer hipótese que não corresponda ao modelo biomédico centrado na atuação queixa-conduta?

Ao percorrermos a vasta amplitude territorial deste tema, ainda que saibamos que existem alamedas importantes ainda a serem exploradas, tomemos por bandeira a necessidade fundamental durante esta caminhada de seguir em direção a uma crescente

humanização dos serviços oferecidos a criança vítima de maus-tratos evidenciando na postura destes profissionais de saúde o entendimento e a sensibilidade para saber lidar com este real.

Bem como também a busca pelas relações de trabalho interdisciplinares e inter-setoriais calcadas na perspectiva de produção de processos de saúde dignificadores da vida de todos, na busca de se efetivar a participação social frágeis nos processos de atenção e gestão do SUS, na premente necessidade da conquista cidadã do direito de ter direito.

## 7-Referências

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Mestre Jou, 1998.

ABRÁPIA. **Maus-tratos contra a criança adolescentes: proteção e prevenção**. Guia de orientação para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Autores e Agentes Associados, 1992.

ABRAMOVAY, M; CASTRO, M. G.; SILVA, L. B. **Juventudes e sexualidade**. Brasília: Edições UNESCO Brasil, 2004.

ALGERI, S. **Caracterização de famílias de crianças em situação de violência intrafamiliar**. Porto Alegre, RS: UFRGS, 2001. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.

ALMEIDA, A. N.; ANDRÉ, I. M.; ALMEIDA, H. N. Sombras e marcas: os maus-tratos às crianças na família, **Análise Social**, 150, p. 91-121, 1999.

ALVES, J.G. Aspectos Psicossociais do Atendimento de emergência. In: MELLO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 344-349.

ARENDT, H. **Mensonge et violence**. Paris: Calmann Lévy, 1972.

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

ARISTÓTELES. **Ética à Nicômaco**. [S.l.:s.n].

ASSIS, S.; CONSTANTINO, P. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: MINAYO, M.; SOUZA, E.(orgs.). **Violência sob o olhar da saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 163-198.

AZAMBUJA, M. R. F. **Violência sexual intrafamiliar: é possível proteger a criança ?** Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2004.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. **Infância e violência fatal em família**. São Paulo: Iglu, 1998.

\_\_\_\_\_. **Incesto ordinário: a vitimização sexual doméstica da mulher-criança e suas conseqüências psicológicas**. In: AZEVEDO, M. A; GUERRA, V. N. A; VAICIUNA, N. **Infância e Violência Doméstica: Fronteiras do Conhecimento**. São Paulo: Cortez, 1993. p. 195-209.

\_\_\_\_\_. **Crianças Vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. São Paulo: Iglu, 1989.

\_\_\_\_\_. **Pele de asno não é só estória... um estudo sobre a vitimização sexual de crianças e adolescentes em família**. São Paulo: Roca, 1988.

\_\_\_\_\_. **Violência Doméstica na Infância e na adolescência**. São Paulo: Robe, 1995.

\_\_\_\_\_. **Violência de pais contra filhos: a tragédia revisitada**. São Paulo: Cortez, 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

- BELLAMY, C. **Situação Mundial da Infância 2000**. Brasília: UNICEF, 2000.
- BERRY, D. et al. Sexual abuse: giving support to nurses. **Nurs. Stand.**, v. 8, n. 4, p. 25-27, 1993.
- BITTENCOURT, C. B. F. Violência sexual contra crianças: Implicações psicológicas. **Pediatria Moderna**, v. 31, p. 420-424, 1995.
- BORDIEU, P.; PASSERON, J. C. **A Reprodução. Elementos para uma teoria do sistema de ensino**. Lisboa: [s.n], 1970.
- BRAZ, M.; CARDOSO, M. H. C. A. Em contato com a violência – os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus-tratos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 91-97, jan. 2000.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria da Cidadania e Departamento da Criança e do Adolescente. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências**. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIS/SUS)**. Brasília, 2006.
- BRASIL. IBGE. Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (Pnad) de 2006. Brasília
- BOSI, E. **Memória e sociedade- lembranças de velhos**. São Paulo: A. T. Queiroz, 1979.
- CAMARGO C. L.; BURALLI K. O. **Violência familiar contra crianças e adolescentes**. Salvador: Ultragraph, 1998.
- CARIOLA, T. C. A posição da criança vítima de maus-tratos na constelação familiar. **Pediatria Moderna**, v. 31, p. 158-162, 1995.
- CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro:, Universidade do Estado do Rio de Janeiro-Instituto de Medicina Social /ABRASCO, 2001. p. 113-126.
- CENTEVILLE, M.; CABRAL, M. A. A.; ATADIA, S. A. Incidência e tipos mais frequentes de castigos aplicados pelos pais ou responsáveis de escolares na cidade de Campinas - SP. **Pediatria Moderna**, v. 33, p. 99-105, 1997.
- CHAUÍ, M. Sobre o Medo. In: CARDOSO, S. **Os sentidos da Paixão**. São Paulo: Companhia da Letras, 1987.
- \_\_\_\_\_. **Convite à filosofia**. 5. ed. São Paulo: Ática, 1995.
- CODO, W.; VASQUES-MENEZES, I. O que é Burnout ? In: W.CODO (Org.). **Educação: carinho e trabalho**. Rio de Janeiro: Vozes, 2000. p. 225-255.
- COELHO, A. R. A saída do sujeito sem alta médica: a discussão sobre a autonomia e a postura do profissional psicólogo. **Psicol. Cienc. Prof.**, v. 22, n.3, p.38-45, 2002.
- COHEN, C. **O incesto**. In: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. (Org.). **Infância e Violência Doméstica: fronteiras do conhecimento**. São Paulo: Cortez, 1993. p. 211-225.

COLIN, H. **Uma história da infância**: da idade média à época contemporânea no ocidente. Porto Alegre: Artmed, 2004.

COMPARATO, F. K. **A Afirmação Histórica dos Direitos Humanos**. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

CONANDA. **Direitos Nacionais para a política de atenção integral à infância e a adolescência**. Brasília, 2000.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

CRUZ-NETTO, O; MINAYO, M. C. S. Extermínio: violência e banalização da vida. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.10, n. 1, p. 199-212, 1994.

DAGORD, A. L. L. Violência contra a mulher ainda é um desafio. In: NUNES, M. R. (org.). **O direito humano das mulheres e das meninas**: enfoques feministas. Porto Alegre: Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul. 2002.

DAVOLI, A.; OGIDO, R. A negligência como forma de violência contra a criança e a importância da atuação médica. **Jornal de Pediatria**, n. 68, p. 405-408, 1992.

DEJOURS, C. **Da Psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

\_\_\_\_\_. **A loucura do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1992.

DELGADO, L. F.; FISBERG, M. Síndrome do bebê espancado. **Pediatria Moderna**, n. 25, p. 111-116, 1990.

DEL PRIORI, Mary. **História das crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2000.

DESLANDES, S. F. **Prevenir a violência**: um desafio para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

\_\_\_\_\_. **Frágeis deuses**: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

\_\_\_\_\_. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

\_\_\_\_\_. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 81-94, 1999.

DIAS, H. H. Z. R.. **O “Des”Cuidado em Saúde**: a violência visível e invisível no trabalho de enfermagem. Florianópolis: UFSC, 2002. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

DOLTO, F. **La cause des enfants** . Paris: Laffont, 1985.

DORIGO, H. M. G.; NASCIMENTO, M. I. M. A concepção histórica sobre as crianças pequenas: subsídios para pensar o futuro. **Rev. Educação Educere et Educare**, v. 2, 2007.

DUARTE, J. C.; ARBOLEDA, M. R. C. **Malos tratos y abuso sexual infantil**. Madri: Siglo Veinteuno de España, 1997.

DUPRAT, C. **Usage et pratiques de la philanthropie: pauvreté, action sociale et lien social**, à Paris, au cours du premier XIX<sup>e</sup> siècle. Paris: Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale, 1996.

FALEIROS, V. P. Infância e processo político no Brasil. In: PILLOTTI, Francisco; RIZZINI, Irene (Org.). **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano Del Niño/ Ed. Santa Úrsula/Amais Livraria e Editora, 1995.

\_\_\_\_\_. A violência sexual contra crianças e adolescentes e a construção de indicadores: a crítica do poder, da desigualdade e do imaginário. In: LEAL, M. F. P.; CESAR, M. A. (Org.). **Indicadores de violência intra-familiar e exploração sexual comercial de crianças e adolescentes**. Brasília: CECRIA, 1998. p. 9-28.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio Século XXI: o Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, A. L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 173-180, 2005.

\_\_\_\_\_. **O Atendimento a Criança Vítima de Abuso Sexual: Avaliação de um serviço público**. Rio de Janeiro: ENSP, 2002. Originalmente apresentada como tese na Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

FERREIRA, A. L.; SCHRAMM, F. R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 659-665, dez. 2000.

FERREIRA, A. L. et al. A prevenção da violência contra a criança na experiência do Ambulatório de Atendimento à Família: entraves e possibilidades de atuação. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 123-130, 1999.

FERRIANI, M. G. C; GARBIN L. M; RIBEIRO M. A. Caracterização de casos em que crianças e adolescentes foram vítimas de abuso sexual na região sudoeste da cidade de Ribeirão Preto. SP, no ano de 2000. **Acta Paul Enferm**, v. 17, n. 1, p. 45-54, 2004.

FIGUEIREDO, L.C. O apelo ao pai e o pai como apelo no Brasil contemporâneo. **Percursos: Revista de Psicanálise**. v. 21, n. 11, p.83-87, 1998.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade II: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1994.

FURNISS, T. **Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar: manejo, terapia e intervenção legal integradas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GARBARINO J. G. E.; SEELEY, J..M. **The Psychologically Battered Child.**, London: Jorsey-Bass, 1988.

GOMES, R. et al. A abordagem dos maus-tratos contra a criança e o adolescente em uma unidade pública de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 7, n. 2, p. 275-283, 2002.

GOMES, R. et al. Por que as crianças são maltratadas?: Explicações para a prática de maus-tratos infantis na literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, pp. 707-714, jun. 2002.

GONÇALVES H. S; FERREIRA A. L. **A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde**. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 18, n.1, p.315-319, 2002

GUERRA, V. N. A. **Violência de pais contra filhos: procuram-se vítimas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1985.

\_\_\_\_\_. Violência doméstica contra crianças e adolescentes e políticas de atendimento: do silêncio ao compromisso. **Rev. Bras. Cresc. e Desen. Hum.**, v.2, n.1, p.75-96, 1992.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1994.

HARRINGTON, D.; DUBOWITZ, H. What Can Be Done to Prevent Child Maltreatment ? In: HAMPTON, R. L. et al. (Ed.). **Issues in Children's and Familie's Lives**. vol. I. Family Violence: Prevention and Treatment. California: Sage Publications., 1993. p. 258-280

JACQUEMOT A. G. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.

JUNQUEIRA, M. F. Abuso sexual da criança: contextualização. **Pediatria Moderna**, v. 24, p. 432-436, 1998.

KEMPE, RS.; KEMPE, C. H. **Ninhos maltratados**. Madri: Morata, 1985.

KRAMER, S.; LEITE, M. I.; NUNES M. F.; GUIMARÃES, D. (Org). **Infância e Educação Infantil**. Campinas: Papirus, 1999.

\_\_\_\_\_. **A Política do Pré-escolar no Brasil: a arte do disfarce**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

KORN, G. P. ET AL. Síndrome dos maus-tratos em crianças. **Rev. Pediatria Moderna**, v. 34, p. 445-460, 1998.

KUHLMANN JR, M. **Infância e Educação Infantil: uma abordagem histórica**. Porto Alegre: Mediação, 1998.

LADEIRA, M. B. O Processo de estresse ocupacional e a psicopatologia do trabalho. **Revista de Administração**, v. 31, n. 1, p. 64-74,1996.

LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M. Violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o olhar da enfermagem. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n.2 , p. 419-431, 2005.

LÉVI-STRAUSS, C. **A eficácia simbólica**. In: LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, p. 215-236. 1975.

LISPECTOR C. **A descoberta do Mundo**. Por Aracy Balabanian Coleção os Cronistas v.3 Luz da Cidade. CD duplo.

LIMA, A. M. C. **O Papel do Psicólogo na instituição hospitalar**. Belo Horizonte: Cadernos de Debates Plural, 1994.

LOPES M. J. M. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a interação individual e coletiva nas palavras cotidianas do trabalho de enfermagem. p. 153- 188. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. (Org.). **Maneiras de cuidar e maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MARCELLI, D.; COHEN, D. **Infância e Psicopatologia**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MARCÍLIO, M. L. **História Social da Criança abandonada**. São Paulo, Hucitec,; 1998.

MARMO, D. B.; DAVOLI, A.; OGIDO, R. Violência doméstica contra a criança. **Jornal de Pediatria**, v. 71, n. 6, p. 313-316. 1995.

MARTINS, M. R. S. Maus-tratos e abuso sexual: o universo familiar. In: **Centro de Defesa da Criança e do Adolescente. Bertholdo Weber**. São Leopoldo: Com-Texto; 1997. p. 29-32.

MENEGHEL SN. **Famílias em pedaços: um estudo sobre violência doméstica e agressividade na adolescência**. Porto Alegre: UFRGS, 1996. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1996.

MERISSE, A. A origem das instituições de atendimento à criança: o caso das creches. In: \_\_\_\_\_ et al. **Lugares da infância: reflexões sobre a história da criança na fábrica, creche e orfanato**. São Paulo: Arte Ciência, 1997. p. 21-25.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

\_\_\_\_\_. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 646-647, maio/jun. 2004.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8, ed., São Paulo: Hucitec, 2004.

\_\_\_\_\_. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, suppl. 1, p. S7-S18, 1994.

\_\_\_\_\_. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 278-292. 1990.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S. F. **Análise diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p.7-23, 1999.

\_\_\_\_\_. **Avaliação do processo de implantação e implementação do Programa de Redução de Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito: municípios de Recife, Belo Horizonte, Goiânia, São Paulo e Curitiba**. Relatório final da pesquisa. Rio de Janeiro: Claves, 2006.

\_\_\_\_\_. Lidando com situações de violência. In: **Violência Intrafamiliar: orientações para a prática em serviço**. Cadernos de Atenção Básica nº 8. Brasília, 2002. Série A - Normas e Manuais Técnicos; nº 131.

\_\_\_\_\_. **Direitos humanos e violência intrafamiliar: informações e orientações para agentes comunitários de saúde**. Brasília, 2001.

MORAIS, E. P. **Negligência nos cuidados de saúde com crianças e adolescentes: uma proposta para atuação da enfermeira com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1998. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

MOURA, M.D. **Psicanálise e urgência subjetiva**. In. MOURA, M.D.(org). *Psicanálise e Hospital*. Rio de Janeiro, Revinter, 1996.

MOURA, A. T. M. S.; REICHENHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1124-1143, jul. 2005.

MUZA, G. M. A criança abusada e negligenciada. **Jornal de Pediatria**, v. 70, p. 56-60, 1994.

NARVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. “Famílias e Patriarcado: da Prescrição Normativa à Subversão Criativa”. **Psicologia & Sociedade**. v. 18, n. 1, p. 49-55, jan./abr. 2006.

NOGUEIRA-MARTINS, L. A. A saúde mental em profissionais da saúde. In: BORTEGA, N. J. (Org.). **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. p. 130-144

OLIVEIRA, J. **Constituição da República Federativa do Brasil**. [S.l.:s.n.].

OLIVEIRA, M. S. & FLORES, R. Z. **Violência contra crianças e adolescentes na Grande Porto Alegre – Parte A: apenas boas intenções não bastam.**(Org.). *Violência Doméstica*. Porto Alegre:Amencar, p. 71-86. 1999.

OLIVEIRA, H. A. Violência doméstica contra a criança e o adolescente. In: WESTPHAL, M. F. (Org.). **Violência e criança**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2002. p. 137-140..

OLIVEIRA, P. S. **Vidas Compartilhadas: cultura e coeducação de gerações na vida cotidiana**. São Paulo: Hucitec/FAPESP. 1999

OPAS. Resolución XIX: **Violencia y Salud**. Washington: OPAS, 1993.

PATTO, M. H. S. Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos pobres. **Estudos Avançados**. São Paulo, v.13, n.35, p. 167-198, jan./abr. 1999.

PEREIRA, P.A. **Por uma nova concepção de seguridade social**. In: PEREIRA, P. A. **Ser Social: No.7**. Brasília: UNB, 2000.

PEREZ, G. H. O psicólogo na unidade de emergência. In: ISMAEL, S. M. C.(Org.). **A prática psicológica e sua interface com as doenças**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

PIRES, A. L. D.; MIYAZAKI, M. C. O. S. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, Umuarama, v. 12, n. 1, p. 42-49, jan./mar. 2005.

PRANKE, C. (Coord.) **Estatuto da Criança e do Adolescente: uma década de direitos: avaliando resultados e projetando o futuro**. Campo Grande: Editora de UFMS, 2001.

PRESSEL, D. M. Evaluation of physical abuse in children. **American Family Physician**, Kansas City, v. 61, n. 10, p. 3057-3064, May 2000.

PITTA, A., **Hospital, dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1999.

REICHENHEIM, M. E.; HASSELMANN, M. H.; MORAES C. L. Conseqüências da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n. 1, p. 109-112, 1999.

---

\_\_\_\_\_ . Adaptação transcultural do instrumento Parent-Child Conflict Tactics Scales (CTSPC) utilizado para identificar a violência contra a criança. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p.1701-1712, 2003.

REW, L., CHRISTIAN, B. Self-efficacy, coping, and well-being among nursing students sexually abused in childhood. **J. Pediatr. Nurs.**, v. 8, n. 6, p. 392-399, 1993.

RIBEIRO M. A.; FERRIANI, M. G. C.; JAIR, J. N. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 456-464, 2002.

RIZZINI, Irene (Org.). **A arte de governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano Del Niño/AMAIS, 1995.

\_\_\_\_\_; RIZZINI, Irma. **A institucionalização de crianças no Brasil**: percurso histórico e desafios do presente. Rio de Janeiro: Ed. PUC/Loyola, 2004.

ROSSI L. D. Psicologia e Emergência Médica. In: QUAYLE J.; LUCIA M. C. S.(Org.). **Adoecer**: as interações do doente com sua doença. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

SÁ, M. C. **Em busca de uma Porta de Saída**: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência. São Paulo: USP, 2005. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade de São Paulo, 2001.

SANT'ANNA, A. R. **Vulnerabilidade ao homicídio**: sócio-história das mortes violentas dos adolescentes na cidade de Porto Alegre em 1997. Porto Alegre: UFRGS, 2000. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2000.

SANT'ANNA, A. R.; LOPES M. J. M. Homicídios entre adolescentes na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: vulnerabilidade e culturas de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 6, p. 1509-1517, 2002.

SANTORO, M. J. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: um fenômeno antigo e sempre atual. **Pediatria Mod.**, v.6, p.279-283, 2002.

SANTOS, H. O. **Crianças Violadas**. São Paulo: FCBIA, 1991.

SARTI, C. A. **Famílias enredadas**. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F.(Org.). **Família**: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: IEE/PUCSP, 2003. p. 21-36.

SEGRE, M. **A questão ética e a saúde humana**. São Paulo: Ateneu, 2006.

SELDES, J. J., ZIPEROVICH, V., VIOTA, A. *et al.* **Maltrato infantil: Experiencia de un abordaje interdisciplinario**. *Arch. Argent. Pediatr.*, v.106, n.6, p.499-504. 2008.

SELYE, H. **Stress a tensão da vida** (2a ed.). São Paulo: Ibrasa. 1965

SILVA, M. C. M.; SILVA, L. M. P. **Guia de assistência integral à saúde da criança e do adolescente em situação de violência**: abordagem multidisciplinar. Recife: EDUPE, 2003.

SILVA, C. O. **Curar adoecendo**: um estudo do processo de trabalho hospitalar em busca da saúde, da inventividade e da vida. Rio de Janeiro: ENSP, 1994. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

SILVA, M. A. S. Violência contra crianças: quebrando o pacto do silêncio. **Pediatria Moderna**, v. 34, 794-797. 1998.

- SILVEIRA, T. **Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e de adolescentes**. Brasília: Thesaurus, 2000.
- SKABA, M. M. V. F. **O vício da adrenalina: etnografia da violência num hospital de emergência**. Rio de Janeiro: ENSP, 1997. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, 1997.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência: orientações para pediatras e demais profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: SBP/CLAVES/SEDH-MJ, 2000.
- TAVARES, J. F. **Direito da Infância e da Juventude**. Belo Horizonte: Del Rey, 2001.
- TITTONI, J. **Subjetividade e trabalho**. Porto Alegre: Ortiz, 1994.
- TURATO, E. R. **Tratado de Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- UNICEF. **Situação Mundial da Infância 2008: Caderno Brasil**. [S.l.], 2008.
- VASCONCELOS, A. C.; SOUZA, M. B. As noções de educação e disciplina em pais que agridem seus filhos. **Psico**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 15-22, 2006.
- VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. de N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
- VORCARO, A. **A criança na clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.
- ZAVASCHI, M. L. S. et AL. Abuso sexual em crianças: uma revisão. **Jornal de Pediatria**, v. 67, p. 130-136, 1991.
- ZOBOLI, E. L. C. P. Referências de análise em Bioética: o desafio de traçar sua interface com a Saúde Pública. In: FORTES, P. A. C; ZOBOLI, E. L. C. P (Ed.). **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo: Edições Loyola, 2003. p. 25-34.
- ZYGOURIS, R. **Pulsões de vida**. São Paulo: Escuta, 1999.

## **8. ANEXOS**

### **ANEXO 1- Guia das trilhas da Pesquisa:**

#### **1.1- Reconhecendo terreno:**

Dados e definições a cerca desta demanda na sua atuação profissional.

#### **1.2-Interação com o objeto: individual e grupal:**

Percepções: individual e em equipe das interações, conflitos, dificuldades e outros pareceres encontrados nestes fazeres.

#### **1.3- A bagagem, os obstáculos e o fôlego:**

Competências adquiridas ou não desenvolvidas para lidar com o trajeto em si.

#### **1.4- Bifurcações e destinos:**

Encaminhamentos, monitoramentos e desdobramento diante de: indecisão, responsabilização e enfrentamento dos atos efetivados.

#### **1.5- Revisitar:**

Reencontros possíveis.

## Anexo 2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ**  
Escola Nacional de Saúde Pública  
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, \_\_\_\_\_, da profissão de-  
\_\_\_\_\_ após receber informações da pesquisadora Selma de Jesus Cobra a respeito da  
pesquisa **“Concepções de profissionais de saúde de um Hospital público infantil de Manaus sobre maus-tratos a crianças e  
adolescentes.”** estou ciente de que:

- A. A pesquisa tem como objetivo avaliar as ações desenvolvidas no atendimento às vítimas de maus-tratos em crianças e adolescente pelo Pronto Socorro da Criança da Zona Oeste, buscando melhorar o atendimento prestado a elas e suas famílias pela equipe;
- B. Para realizar esta pesquisa estão sendo analisados prontuários de pacientes e realizadas entrevistas com profissionais graduados envolvidos no atendimento;
- C. Estou participando da avaliação deste serviço por ter encaminhado para e/ ou recebido crianças ou adolescentes do Pronto Socorro da Criança da Zona Oeste por haver suspeita ou confirmação de maus-tratos em crianças e adolescentes;
- D. A pesquisa não me oferece nenhum dano, risco ou desconforto, estando comprometido com a mesma somente durante o tempo de realização da entrevista;
- E. Não estarei recebendo nenhum benefício direto na minha participação como pesquisado;
- F. O meu envolvimento como pesquisado, não me dará direito a nenhum tipo de ressarcimento e de indenização.
- G. Para este estudo serei entrevistado (a), a entrevista será gravada para que possa ser transcrita e analisada, e seu conteúdo será mantido em sigilo, sendo incluída nos resultados finais sem minha identificação;
- H. As fitas contendo as gravações da entrevista serão inutilizadas tão logo os dados sejam analisados;
- I. Nenhuma alteração ocorrerá na integração entre o serviço ao qual pertencço, em decorrência do que for dito por mim ao entrevistador, ou mesmo se me recusar a ser entrevistado ou a responder a qualquer questão durante a entrevista;
- J. Ficarei com uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e a minha participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

\_\_\_\_\_  
Sujeito da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Selma de Jesus Cobra  
Rua Júlio Verne, 121, apto. 304 H/  
CEP- 69060-770 Tel.: 92 - 81233103

### ANEXO 3- PSEUDÔNIMOS DOS INFORMANTES E SUAS HISTÓRIAS MALTRATADAS:

1<sup>o</sup> CASO- **Pixote**- Personagem dirigido pelo argentino Hector Babenco em o filme brasileiro, *Pixote, a Lei do Mais Fraco*, de 1981, o personagem conta a história de um garoto com a trajetória na cruel realidade da vida das ruas da cidade de São Paulo.

2<sup>o</sup> CASO- **Fernando Ramos da Silva** (São Paulo, 29 de novembro de 1967 — São Paulo, 25 de agosto de 1987) foi um ator brasileiro. Menino de rua, tornou-se ator ao passar nos testes para viver o personagem Pixote no filme *Pixote, a Lei do Mais Fraco*, de 1981, dirigido por Hector Babenco. O menino foi considerado uma revelação e o filme foi um sucesso, muito premiado dentro e fora do Brasil. Tentou continuar a carreira no Rio de Janeiro. Na televisão, teve breves apresentações e foi coajuvante em mais dois filmes. De volta a São Paulo, se envolveu no crime, e foi preso duas vezes. Acabou sendo morto por policiais em circunstâncias duvidosas, aos 19 anos de idade.

3<sup>o</sup> CASO- **Isabela Nardoni**- Isabella Nardoni foi encontrada gravemente ferida, no dia 29 de março de 2008, no jardim do edifício London, após ter sido jogada de uma altura de seis andares. No apartamento localizado na zona norte de São Paulo moravam o pai, a madrasta da menina e dois filhos do casal, um de onze meses e outro de três anos. A menina chegou a ser socorrida pelos bombeiros mas não resistiu e morreu a caminho do hospital.

4<sup>o</sup> CASO - **Madeleine - Vítima da negligência dos pais.** (Rio de Janeiro 21 setembro 2007)

Madeleine, então com três anos, foi deixada por seus pais, ao que afirmam, dormindo junto com seus dois irmãos gêmeos de dois anos de idade, em um apartamento térreo de um hotel na praia da Luz, no Algarve, Portugal. Foram jantar com amigos em um restaurante próximo e ao voltar não encontraram Madeleine. Ela havia desaparecido. A janela e a porta do quarto estavam abertas. Os pais estavam com um aparelho de escuta ligado no quarto, mas nada ouviram.

5<sup>o</sup> CASO- **Eloá Cristina Pimentel**- Em 13 de outubro de 2008, Lindemberg Fernandes Alves, então com 22 anos, invadiu o domicílio de sua ex-namorada, Eloá Cristina Pimentel, de 15 anos, no Jardim Santo André, em Santo André (Grande São Paulo), onde ela e colegas realizavam trabalhos escolares. Inicialmente dois reféns foram liberados, restando no interior do apartamento, em poder do seqüestrador, Eloá e sua amiga Nayara Silva. Nayara Rodrigues, 15 anos, amiga de Eloá, foi libertada, mas no dia 15 a polícia paulista mandou-a de volta para continuar as negociações. Após mais de 100 horas de cárcere privado, policiais do Grupo de Ações Táticas Especiais (GATE) e da Tropa de Choque da PM de SP explodiram a porta - alegando, posteriormente, ter ouvido um disparo de arma de fogo no interior do apartamento - e entraram em luta corporal com Lindemberg, que teve tempo de atirar em direção às reféns. A adolescente Nayara deixou o apartamento andando, ferida com um tiro no rosto, enquanto Eloá, carregada em uma maca, foi levada inconsciente para o Centro Hospitalar de Santo André. O seqüestrador, sem ferimentos, foi levado

para a delegacia e, depois, para a cadeia pública da cidade. Posteriormente foi encaminhado ao Centro de Detenção Provisória de Pinheiros, na cidade de São Paulo. Eloá Pimentel, baleada na cabeça e na virilha, não resistiu e veio a falecer por morte cerebral confirmada às 23h30min de sábado (18 de outubro). (Site-Wikipédia- *A enciclopédia livre*).

6º CASO- **Klayton Rodrigues de Souza**- estudante londrinense, 14 anos faz poesia, o verdadeiro poeta não se deixa abater pela violência estrutural em que vive, mesmo sem recursos para adquirir livros, ele está conseguindo montar uma pequena biblioteca, no cantinho da casa de madeira, onde vive com a sua mãe, catadora de papel, garimpando papéis ela foi achando livros e entregava para o filho que ia fazendo a sua biblioteca. Passa o dia sozinho a espera da mãe. (Cidadão de Papel- Gilberto Dimenstein).

7º CASO- **Sandro Barbosa do Nascimento**- A infância de Sandro é marcada pelo abandono do pai assim que soube que a sua mãe estava grávida, aos seis anos de idade, presenciou o assassinato por arma branca de sua mãe na favela onde moravam. Não tendo como se sustentar foi para as rua onde adotou o apelido de "Mancha". Ele acabou se viciando em drogas, roubando para manter seu vício em cocaína. Sandro nunca aprendeu a ler ou escrever, apesar de ter sido mandado para inúmeras instituições de atendimento a jovens delinquentes, freqüentava a igreja da Candelária, onde recebia comida e abrigo. No dia 23 de julho de 1993, Sandro presenciou o infame massacre da Candelária, o que tirou a vida de vários amigos. Ele mesmo não ficou ferido no incidente, mas fez várias menções ao massacre durante o seqüestro do ônibus 174, o que sugere que o evento o afetou imensamente. No dia 12 de junho de 2000, seqüestrou o ônibus 174, no Rio de Janeiro com um revólver de calibre trinta e oito. Sua intenção inicial era roubar os passageiros, mas o roubo se transformou em seqüestro após um passageiro ter feito um sinal para uma viatura da polícia militar que estava passando pela rua. Sem ter como escapar da polícia, Sandro fez onze reféns dentro do ônibus. Ele assegurou aos passageiros que não tinha a intenção de matar ninguém, mas dizia à polícia e à imprensa que iria matar a todos os reféns.No final do sequestro Sandro decidiu sair do ônibus, usando a professora Geisa Firmo Gonçalves como escudo. Um policial do BOPE atirou em Sandro, mas o disparo acertou em Geisa, que foi levada para o hospital, onde foi declarada como morta. Sandro foi imobilizado e conduzido a uma viatura da polícia, onde morreu por asfixia. Após alegações de que a morte de Sandro foi ocasional, os policiais responsáveis pela morte de Sandro foram levados à julgamento por assassinato e foram declarados inocentes. Uma investigação concluiu que Geisa levou quatro tiros: três de Sandro e um da polícia. (Site-Wikipédia- *A enciclopédia livre*).

8º CASO- **Bebê da Lagoa da Pampulha**- A ex-vendedora Simone Cassiano da Silva, 30, acusada de, em 28 de janeiro de 2006, atirar a filha de dois meses na lagoa da Pampulha, em Belo Horizonte, sentou-se das 9h de sexta-feira às 12h45 de sábado no banco dos réus e foi condenada a oito anos e quatro meses de prisão em regime inicialmente fechado. Os jurados do 1º Tribunal do Júri da capital mineira não se convenceram da versão de Simone. Consideram-na culpada das acusações de tentativa de homicídio qualificado por motivo torpe (repulsivo), com uso de meio cruel e contra descendente. Ré primária, Simone também foi

beneficiada por ter bons antecedentes. Contudo, não vingou a idéia da mãe zelosa e arrependida por ter deixado a filha com um casal de mendigos. Prevaleceu à imagem da mulher que escondeu a gravidez do homem em cuja casa morava, já havia abandonado a filha de 11 anos --que hoje vive com a avó paterna-- por um ano e mentido para não pagar uma amiga. Simone manifestou emoção durante seu julgamento apenas durante a leitura de cartas de afeto dirigidas a ela na cadeia por sua filha de 11 anos. Soluçou e usou lenço de papel. "Amo as minhas filhas e me considero uma ótima mãe, principalmente para a Paola [filha de 11 anos de seu primeiro casamento]", afirmou. No final do julgamento, mostrava-se impaciente com as intervenções do promotor. A Polícia Civil e o Ministério Público concluíram que Simone jogou a filha na lagoa porque queria esconder do então namorado o fato de a menina ser filha de outro homem. Exame de DNA --contestado por Simone-- apontou que esse namorado, em cuja casa vivia na época, não é pai da menina. O pai verdadeiro ainda é desconhecido. Outro exame mostrou que ela não tem problemas mentais e não apresentou sintomas de depressão pós-parto. THIAGO GUIMARÃES da Agência Folha, em Belo Horizonte.

9<sup>o</sup> CASO- **Bebê atendido no PSC\_ Zona Oeste-** Hum ano e meio, estuprada e afogada, na segunda internação a bebê, cuja mãe em cárcere e morava por favor com o então companheiro da mãe presidiária e a mãe do mesmo, chega em pré-óbito ao PSC- Zona Oeste, onde estes alegavam descuido e um ocasional afogamento em um balde. Reconhecido por um dos profissionais de saúde da unidade, por apresentar na primeira internação um excelente cuidado com a criança:

*"ele se comportou como um pai maravilhoso, na recepção quando esperava, quando levou ela, que ela sentiu dor ela, ela se comportou muito bem na hora da drenagem eu achei até que ela tava bem cuidada, entendeu? Ela estava bem limpinha, bem higienizada, apesar do abscesso. A história era que a mãe estava presa, e ele ficou cuidando da menina, e não entrei em detalhes, porque e até confiei, porque ele pareceu muito bom pra menina... uma semana depois, essa criança mesma veio... e eu até identifiquei ela mais pela sutura, ela chegou já morta no serviço... e eu escutei algumas conversas pela minha janela... com pai e a mãe dele, mas eu não sabia ainda quem era... e no parecer ela chegou afogada, a história dela é que ela se afogou em casa em um balde, numa coisa assim... examinada a menina, eu notei algumas equimoses no pescoço, no tórax, no abdômen...nas pernas... quando viramos as costas da menina pra examinar, notamos manchas, uma tatuagem somente de sangue na calcinha dela, a calcinha estava limpa, o cabelo estava molhado, o cabelo do rapaz, também lá fora, que estava esperando... quando eu vi ela não tinha mais nem o anus no local, ele...no caso ele estuprou a menina e como ela era muito pequena, o anus e o reto subiram pra barriga. A minha imaginação que eu tive na hora é que...ele foi terminado o ato, ele foi banhar a menina pra tirar o sangue que tinha ali, e não conseguiu estancar o sangue, não sei, e depois esse caso chocou todos nós aqui, pensando naquilo, eu normalmente eu bloqueio um pouco pra poder cuidar bem daquilo, eu prefiro me abster só naquele momento, mas aquela menina me chamou tanta a atenção, por eu ter atendido uma semana antes, de ver um caso, de ser tão bem cuidada e de repente ela veio morta. Pela mesma pessoa que a tratava tão bem. Fizemos a denúncia, a polícia veio e pegou ele em flagrante, depois ele confessou tudo, na autópsia foram encontradas: fratura de crânio, fratura das doze costelas, fratura de bacia, fratura de braço, de perna... depois ele contou e nós acabamos sabendo de tudo porque alguém no órgão, veio contar pra gente, porque foi um caso, que mexeu com todo o hospital..."(PSC- Zona Oeste de Manaus).*

10<sup>o</sup> CASO- **Elisabeth Fritzl**- O engenheiro eletricitista austríaco Josef Fritzl, 73, confessou ter mantido aprisionada sua própria filha, Elisabeth Fritzl, 42, em um porão sem janelas por 24 anos e também admitiu ser pai dos sete filhos que ela teve. A informação foi divulgada nesta segunda-feira (28) pela polícia da Áustria. O caso veio à tona neste domingo, depois de a polícia ter prendido o suspeito e encontrado o porão onde ele mantinha a filha presa. A investigação começou quando uma das supostas filhas dos dois, de 19 anos, ficou seriamente doente e foi levada ao hospital. Os médicos resolveram, então, apelar para que a mãe da menina aparecesse para fornecer mais detalhes sobre seu histórico clínico. Elisabeth teria sido aprisionada pelo pai no dia 28 de agosto de 1984, quando tinha, então, 18 anos. Em depoimento à polícia neste domingo, ela disse que seu pai, Josef Fritzl, atraiu-a ao porão do local em que vivam. Antes de aprisioná-la, ele a teria sedado e a algemado.

A polícia disse que uma carta escrita por Elisabeth aparentemente apareceu um mês depois de seu desaparecimento. Ela pedia aos pais que não procurassem por ela. Em determinado momento, Fritzl teria libertado Elisabeth e dois dos filhos que viviam com ela no porão, dizendo à sua mulher que a filha desaparecida desde 1984 havia decidido voltar para casa.

Após ter recebido uma pista, a polícia encontrou Elisabeth e Josef no último sábado (26), perto do hospital onde a filha de 19 anos estava sendo tratada. No dia seguinte, a polícia disse que os investigadores encontraram o local onde Elisabeth ficou aprisionada.

Elisabeth concordou em fazer um relato à polícia após receber garantias de que não teria outros contatos com o pai, que teria abusado dela desde os 11 anos.

Três de seus filhos, com 5, 18 e 19 anos, ficaram trancados no porão desde que nasceram e nunca viram a luz do sol. Os dois mais novos eram meninos e a mais velha, menina. As outras três crianças— duas meninas e um menino— foram criadas por Josef e sua mulher. Segundo a polícia, Fritzl também admitiu ter queimado o corpo de uma das crianças, após ela ter morrido logo depois de nascer. Segundo a rede de TV CNN, a criança que morreu era gêmea de outra que sobreviveu.

*<http://www.ofir4news.com.br/2008/04/28/entenda-o-caso-do-austriaco-que-manteve-a-filha-presa-por-24-anos>.*