

ELIANE PINHEIRO DE MORAIS

**NEGLIGÊNCIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE COM CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES: UMA PROPOSTA PARA ATUAÇÃO DA  
ENFERMEIRA COM FAMÍLIAS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

UFSC

Florianópolis, SC - BRASIL

1998

**NEGLIGÊNCIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE COM CRIANÇAS E  
ADOLESCENTES: UMA PROPOSTA PARA ATUAÇÃO DA  
ENFERMEIRA COM FAMÍLIAS**

por

**ELIANE PINHEIRO DE MORAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade  
Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de MESTRE EM  
ENFERMAGEM, área de Assistência em Enfermagem.

Florianópolis, SC - Brasil

1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação

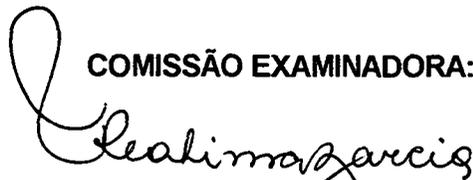
**NEGLIÊNCIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES:  
UMA PROPOSTA PARA ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA COM FAMÍLIAS**

elaborada por

**ELIANE PINHEIRO DE MORAIS**

como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área  
de Concentração: Assistência em Enfermagem, em 10 de Setembro de 1998.

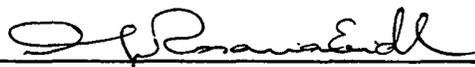
COMISSÃO EXAMINADORA:



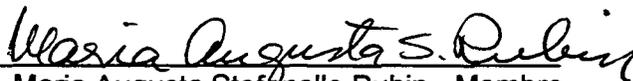
Dra. Vera Regina Real Lima Garcia - Orientadora



Dra. Ingrid Elsen - Membro



Dra. Olga Rosária Eidt - Membro



Dda. Maria Augusta Stefanello Rubin - Membro

\_\_\_\_\_  
Dra. Vivina Lanzarini de Carvalho - Suplente

Florianópolis, 10 de setembro de 1998.

*A minha família de origem Iloi, Ivete, Fred, Sandra, Dani, Lucas, e aos tios(as) e primos(as), pela ajuda na construção simbólica de ser e ter uma família.*

*A minha querida filha Giulia para quem tento ensinar o sentido de ser e ter família.*

*Ao meu marido, José Luis, que me mostra constantemente outras formas de ser e ter uma família.*

## **AGRADECIMENTOS**

*É bastante comum ao chegar no fim de uma caminhada ter para quem agradecer, pois seria impossível e completamente inútil aventurar-se só na busca do conhecimento.*

*Nossos agradecimentos são à todos aqueles que acreditaram no meu trabalho e viram nele o que realmente propus realizar: trazer a discussão da violência contra crianças e adolescentes para o cotidiano da Enfermagem.*

*Alguns agradecimentos são especiais, porque especiais são essas pessoas.*

*À Prof<sup>a</sup> Ingrid Elsen, pelo exemplo do seu “olhar” à Enfermagem, por compartilhar comigo seu conhecimento, e principalmente por ajudar-me a descobrir o que era realmete, Enfermagem à Família.*

*À Prof<sup>a</sup> Olga Eidt e Enf<sup>a</sup> Jane Bielh, pela acolhida em Porto Alegre e na temática proposta.*

*À colega e orientadora Prof<sup>a</sup> Vera Lima Garcia, pelo imenso esforço que fez para ajudar-me abrir caminhos.*

*À Prof<sup>a</sup> Rosita Saupe, pela sua generosidade em considerar positivas todas nossas inquietações e inseguranças.*

*À colega Laura Guido, que ocupando a chefia do Departamento, facilitou um maior envolvimento com o trabalho e foi sempre amiga.*

*À grande amiga e colega Maria Celeste Landerdal que foi muito família comigo e acolheu-me durante as tempestades.*

*À grande companheira Vânia Olivo, que com sua força e grande conhecimento, compartilhou comigo vários momentos de alegrias e tristezas. Em especial a sua segurança, que ajudou-me enfrentar a docência no meio hospitalar.*

*À todas colegas de Departamento que apoiaram o desenvolvimento desta trajetória.*

*Às colegas do mestrado das turmas da UNIVALE, UFRGS e UFSM, pela oportunidade de vivenciar tantos momentos nas suas trajetórias.*

*À Cristina, pelas luzes que ajudaram me iluminar e aos meus caminhos.*

*Um especial agradecimento à cidade de Florianópolis e tudo que representou para meu crescimento como pessoa, viver na Ilha da Magia. E ter grandes amigas como: Neca Baibich, Rosane Nitschke, Marta Verdi, Zuleika Patrício, colegas do GAPEFAM, e tantas outras que guardo na lembrança e no coração.*

*À amiga Vera Deboni, Juíza da Infância e Adolescência pela ajuda em entender as questões jurídico-legais das situações encontradas.*

*Ao conselheiro Renan pela apresentação às famílias.*

*E, finalmente às famílias que aceitaram abrir suas portas e suas vidas, para que eu aprendesse um pouco mais sobre pessoas e famílias.*

## SUMÁRIO

RESUMO.....	x
ABSTRACT .....	xii
1 - INTRODUÇÃO .....	1
2- CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....	4
2.1 - Um pouco de história .....	4
2.2 - A escolha da temática.....	7
2.3 - Objetivos .....	15
2.3.1 - Objetivo geral .....	15
3 - REVISÃO DE LITERATURA .....	17
3.1 - Algumas reflexões sobre família .....	33
3.2 - A violência na família .....	37
3.3 - A negligência na família .....	44
3.3.1 - A negligência biológica.....	45
3.3.2 - A negligência cultural .....	49
3.3.3 - A negligência contextual .....	51
3.4 - As conseqüências da negligência nas crianças.....	53
3.5 - Os profissionais de saúde e a violência doméstica.....	57
3.5.1 - Pistas para identificação de violência física .....	58
3.5.2 - Pistas para identificação de violência sexual .....	59
3.5.3 - Pistas para identificação de violência psicológica.....	61
3.5.4 - Pistas para identificação de negligência .....	62
3.5.5 - Responsabilidades frente à lei .....	63

3.5.6 - A enfermagem frente à violência doméstica .....	67
4 - TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA .....	71
4.1 - O marco referencial.....	71
4.2 - Conceitos utilizados .....	74
4.3 - Caracterização do estudo .....	79
4.4 - Sujeitos do estudo.....	80
4.5 - A coleta de dados .....	81
4.6 - Análise e interpretação do material.....	83
5 - VIVÊNCIAS COM FAMÍLIAS NEGLIGENTES: UMA REFLEXÃO COM OS AUTORES.....	87
5.1 - O processo de aceitação.....	87
5.1.1 - A enfermeira e o Conselho Tutelar .....	88
5.1.2 - A enfermeira e a família .....	91
5.1.3 - A enfermeira e a temática .....	93
5.2 - A realidade das famílias envolvidas .....	95
5.2.1 - A família de Sônia .....	96
5.2.2 - A família de Ronaldo.....	101
5.3 - O processo de cuidar .....	104
5.3.1 - O processo de cuidar da família de Sônia.....	104
5.3.2 - Interações extra-familiares da família de Sônia.....	105
5.3.3 - Interações familiares da família de Sônia.....	108
5.3.4 - A família de Sônia e a saúde .....	114
5.3.5 - O processo de cuidar da família de Ronaldo .....	115
6 - FINALIZANDO OU REFLETINDO NOVOS COMEÇOS.....	120
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	127
BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS.....	132
ANEXOS .....	133

## **RESUMO**

### **NEGLIGÊNCIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA PROPOSTA PARA ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA COM FAMÍLIAS**

Autora: Eliane Pinheiro de Moraes

Orientadora: Dr. Vera Regina Real Lima Garcia

Este estudo parte da reflexão crítica da prática assistencial de enfermagem desenvolvida junto às famílias negligentes nos cuidados de saúde de seus filhos. Busquei com o desenvolvimento dessa temática, destacar a trajetória da enfermeira no cuidado a estas famílias, reconhecer o fenômeno da negligência nos cuidados de saúde e suas implicações jurídicas/legais. As famílias deste estudo estavam sob intervenção do Conselho Tutelar e em vias de perder o pátrio poder de seus filhos. Tive como objetivo geral desenvolver um referencial teórico metodológico para subsidiar a atuação da enfermeira com famílias negligentes nos cuidados de saúde de seus filhos. A trajetória metodológica constituiu-se das etapas: processo de aceitação, a realidade das famílias e o processo de cuidar. Discuti os fatos relatados na prática assistencial à luz de vários autores, destacando Azevedo, Guerra e Barudy. Após a discussão, conclui este estudo refletindo toda a trajetória percorrida, a metodologia escolhida, as alterações e acréscimos nos conceitos e princípios defendidos. Aponto possibilidades de atuação da enfermeira junto aos Conselhos Tutelares e enfatizo a responsabilidade dos profissionais em reconhecer e ensinar sobre violência doméstica, e principalmente, o importante papel que a enfermeira tem em mediar as relações entre as famílias e os recursos de saúde, sociais e legais, por acreditar ser esse profissional de saúde

o que melhores condições apresenta para aproximar-se das famílias e ajudá-las a criar competências para enfrentar as mais diferentes situações, dentre elas a negligência nos cuidados de saúde de seus filhos.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**Autora: Ellane Pinheiro de Moraes**

**Orientador: Vera Regina Real Lima Garcia**

**Título: Negligência nos cuidados de saúde com crianças e adolescentes: uma proposta para atuação da enfermeira com famílias.**

**Dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem**

**Florianópolis, 10 de setembro de 1998.**

## **ABSTRACT**

### **THE NEGLIGENCE IN HEALTH CARE WITH CHILDREN AND ADOLESCENTS: A PROPOSAL FOR THE PERFORMANCE OF THE NURSE WITH FAMILIES**

Author: Eliane Pinheiro de Moraes

Advisor: Dr. Vera Regina Real Lima Garcia

This study is based on a critical reflection of the nursing assistance practice developed with families who were considered negligent with the health care of their children. Under the development of this thematic I looked for a way to point out the path taken by the nurse in the care with these families, recognize the phenomenon of the negligence in the health care and legal implications concerned. The families under this study were under intervention of the "Tutelar Board" because they were subject to lose the paternal power of their children. My general aim was: develop a methodological theoretical reference to support the nurse's action with negligent families in the health care of their children. The methodological trajectory consisted of the following steps: the acceptance process, the reality of the families and process of taking care. Authors such as Azevedo, Guerra and Barudy were mentioned and discussed when I reported the assistance practice. After the discussion I concluded this study reflecting the whole way taken, the methodology chosen, the transformations and the additions in the concepts and principles defended. I indicate different possible forms of acting by the nurses who are working with the "Tutelar Boards" and I emphasize the responsibility of the professionals to recognize and teach about domestic violence, and mainly, the important role the nurse has mediating the relationships among the families and the health/social and legal resources. I do reinforce this responsibility because I believe this is one of the professionals in health who better conditions has to try to come

closer to these families to help them to develop a competence to face most different situations, among them the negligence in their children's health care.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**Author: Eliane Pinheiro de Moraes**

**Advisor: Dr. Vera Regina Real Lima Garcia**

**Title: The negligence in health care with children and adolescents: a proposal for the performance of the nurse with families.**

## INTRODUÇÃO

O trabalho que apresento à comunidade acadêmica, é o resultado de uma prática assistencial em Enfermagem que possibilitou o estudo e aprofundamento de questões que cotidianamente estão no meio onde atuamos, como profissionais de saúde, mas para as quais não olhamos com a propriedade merecida.

Falo da violência doméstica que, como foi possível constatar, possui diversas formas de manifestação, sendo que, aqui, privilegiei a negligência nos cuidados de saúde de crianças e adolescentes, colocando em destaque neste trabalho. Podemos até nos perguntar quantas vezes, em nossa trajetória como enfermeiros suspeitamos de algum caso que envolva tais práticas? E, se suspeitamos, que atitude tomamos, ou ainda, com que base, suspeitamos? Frente as tais questões, refleti a nossa falta de informação a respeito desta problemática tão emergente, mas escondida ou diluída nas relações familiares, e que dispus-me ir em busca, num primeiro momento de respostas para minhas inquietações e indagações, até vislumbrar o fazer da enfermeira na área da família.

O trabalho parte do relato reflexivo da assistência prestada a duas famílias eleitas dentre as que estavam sob a intervenção do Conselho Tutelar (CT) por negligenciarem nos cuidados de seus filhos, e em vias da perda do pátrio poder sobre estes.

Busquei conhecer a realidade, o contexto em que estas famílias se encontravam, o significado da negligência para elas, o que pensavam sobre sua família, quais eram os recursos utilizados para solucionar os problemas, dentre outros. Procurei mergulhar no universo de cada uma, respeitando os limites colocados por ambas.

etapas que foram acontecendo simultaneamente, quais sejam:

- **o processo de aceitação:** constituiu-se da primeira etapa, quando procurei na literatura o substrato para a atuação, para o enfrentamento do fenômeno. Subdividi este momento em: *a enfermeira e o Conselho Tutelar*, quando contei as articulações com o Conselho; *a enfermeira e a família*, referente a aproximação e interação dos dois lados; e num terceiro momento, a aderência da *enfermeira e a temática*, quando “apropriei-me” do conhecimento e aproximei-me mais estreitamente do fenômeno, e assim adquiri o manancial para a interação com o mesmo.;

- **a realidade das famílias:** constituiu-se da segunda etapa metodológica, mas que, evidentemente esteve presente desde o primeiro encontro. Na realidade foi o descobrimento daquelas realidades aos meus olhos, com a perspectiva de planejar as ações seguintes.

- **o processo de cuidar:** constituiu-se didaticamente da terceira etapa, mas que foi sendo construída junto com as outras. Foram ações de enfermagem planejadas no sentido de conhecer melhor o fenômeno e as famílias, bem como as ações estritamente relacionadas com as questões de saúde. Dentre elas podemos ressaltar as articulações com os serviços de saúde, a mediação entre as famílias e o Conselho Tutelar, as ações educativas nos problemas de saúde encontrados.

Na revisão de literatura busquei autores nacionais e internacionais que escrevessem sobre violência e saúde, dentre os quais destacamos Minayo (1990), Manciaux (1997), Hochart (1997) e outros; violência doméstica Azevedo e Guerra (1989, 1993), Guerra, Azevedo e Santoro (1992), Deslandes (1994 a,b), Farinatti (1993, 1995), Barudy (1997) e outros. Destacamos em especial a questão da negligência nos cuidados de saúde, por ser o foco e o núcleo do meu estudo.

Na literatura encontrei que, quanto mais os profissionais de saúde sabem sobre este fenômeno, mais numerosos são os registros, melhores e

mais intensivas são as condutas e quem ganha são as crianças e os adolescentes que vêem alguma "luz" para seus problemas, assim como as famílias, quando conseguem se recuperar e reavaliar seus problemas.

Adiciono os referenciais citados aos que eu já havia acumulado ao longo da prática assistencial, para refletir a assistência prestada, que resultou no que passei a denominar "Processo de Cuidar de Famílias em Situação de Negligência", com os passos metodológicos ilustrados pela prática, e com a intenção de este constituir-se no modelo de assistência de enfermagem que propus-me construir no início dessa trajetória.

Finalizando ou refletindo novos começos, quando tecei considerações e reflexões sobre a trajetória escolhida, os conceitos, os construtos do cuidado e os princípios, confirmando-os, alterando-os ou apenas relativizando-os, destaquei o importante papel da enfermeira como mediadora das famílias com os recursos de saúde, sociais e jurídico-legais.

## 2 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

*“O mundo que temos hoje nas mãos não foi nos dado por nossos pais, na verdade, ele nos foi emprestado por nossos filhos”.*

*(provérbio chinês)*

### 2.1 Um pouco de história

A busca pelo conhecimento foi sempre uma constante na minha trajetória profissional, por entender que esta é a forma de corrigir erros e promover acertos no nosso fazer Enfermagem. Assim fui descobrindo novas formas de ser enfermeira.

Com esta perspectiva, tive a oportunidade de frequentar o meio acadêmico da Escola Ana Nery, no Rio de Janeiro, quando convivi com grandes figuras da enfermagem que, até aquele momento, só conhecia por leituras. Este convívio foi imensamente rico e prazeroso. Nesta ocasião fui apresentada para um "fazer enfermagem" muito diferente de minha formação, com currículo diferenciado e um alto grau de comprometimento social e igualmente uma responsabilidade com a produção de conhecimentos.

Com meu retorno à Santa Maria, veio um período de afastamento da enfermagem, quando dediquei-me ao cuidar da minha família, que estava na fase de expansão, com o nascimento de Giulia.

Tive uma breve passagem por um hospital público, na grande Porto Alegre, de onde lembro o meu primeiro contato com o tema - violência doméstica, que retomarei mais adiante.

Continuando minha história, fui acompanhando o cônjuge, como em todas as vezes, para Florianópolis. Mais uma vez, fui à campo buscar conhecimentos e novas vivências na enfermagem. Foi quando conheci a

Profª. Zuleica Patrício, que introduziu-me em seu grupo de estudos e, mais tarde, apresentou-me para Profª. Ingrid Eisen, coordenadora de um núcleo de estudos denominado Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação em Saúde da Família (GAPEFAM). Neste momento iniciou-se a minha reaproximação com a enfermagem e o primeiro contato concreto com saúde familiar. Lembro com carinho dos momentos que passamos com o grupo, estudando, expondo nossos avanços no cuidar das famílias, preparando material para divulgação, enfim, pesquisando e assistindo. Cada vez mais me fortalecia, a vontade desse novo "fazer enfermagem".

Mais uma ruptura acontece na minha trajetória, mais um desafio: sair do país. Fomos para a França, e novamente, após a adaptação, saí a procura da enfermagem e de novos conhecimentos. Tive duas oportunidades, bastante batalhadas, de entrar em contato com a enfermagem daquele país. A primeira foi no Mouvement Français pour le Planning Familial, quando experienciei um pouco da vida privada dos franceses. Explicando melhor, o Planning foi criado há mais de 30 anos com o objetivo de despertar as mulheres à maternidade consciente e responsável. Lá participei de sessões individuais, quando as mulheres, ou o casal buscavam obter informações sobre como e onde proceder à IVG (interrupção voluntária da gravidez). Estas sessões são com um conselheiro especialmente treinado para esta função. Para exercer essa função não é necessária formação na área da saúde, basta ter sido treinado, embora a grande maioria provém deste meio.

As sessões coletivas de planejamento familiar, sempre antecediam às consultas médicas para obtenção de contraceptivos, e ainda aconteciam palestras em escolas e albergues estudantis. Naquelas sessões lembrava das minhas experiências no Brasil, e concluía que os problemas assemelham-se bastante, apesar da globalidade e continuidade daquela assistência, que em nossa realidade são mais escassas.

Durante as sessões individuais várias foram as justificativas para aquelas mulheres optarem pela IVG, e dentre elas, apareceram muitos casos de violência conjugal, incesto e estupro. Esta experiência contribuiu para minha sensibilização frente a temática da violência doméstica.

A segunda experiência foi ao nível hospitalar, num grande hospital escola, denominado Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier. Neste cenário conheci e vivenciei o cotidiano da enfermagem hospitalar. As comparações surgiram naturalmente, e acredito que a nossa enfermagem brasileira está alguns passos à frente, no que se refere especialmente à autonomia e criatividade.

Retornando ao Brasil e a Florianópolis, ingressei na Secretaria de Saúde do Município, quando voltei a atuar em Saúde Pública, como enfermeira do Posto de Saúde da Cachoeira do Bom Jesus. Devido ao meu envolvimento com o GAPEFAM, fui chamada para fazer parte da coordenação de implantação do Programa de Saúde da Família, e concomitante, iniciei a Especialização em Saúde da Família. Todas estas experiências foram consolidando a minha escolha por enfermagem à família.

Durante a especialização, fui selecionada para o mestrado em Assistência de Enfermagem, também na Universidade Federal de Santa Catarina, e assim fui melhor delineando minha trajetória e chegamos a este trabalho.

O retorno iminente à terra de origem e o fato de ter sido selecionada no concurso público para professora auxiliar na Universidade Federal de Santa Maria, possibilitou-me desenvolver a prática assistencial com famílias em Santa Maria, mas junto à turma de mestrado do pólo da Universidade Federal do Rio Grande do Sul ( UFRGS ). O meu crescente envolvimento com a questão da violência infantil, através de uma amiga Juíza da Infância

e Adolescência, aumentou ainda mais o interesse pelo assunto, e vislumbrei algo mais em relação ao trabalho da enfermagem, especialmente com famílias negligentes nos cuidados de saúde.

## 2.2 A escolha da temática

A temática escolhida para este trabalho, Família-Negligência-Saúde, emerge de preconceitos sociais, culturais e profissionais como questões desafiantes em suas intervenções. Por mais que se fale e vivencie, no nosso cotidiano, situações de negligência, não nos sentimos à vontade para esta abordagem, e muitas vezes não temos a percepção para esta avaliação.

Vejo que a resistência a essa temática começa a desvanecer, quando encontro, a cada dia, mais trabalhos e discussões com relação ao crescente aumento da violência contra crianças e adolescentes, em particular os maus-tratos e dentre eles, a violência doméstica. Sendo um movimento novo no Brasil, envolve profissionais de saúde, visto que, sua atuação é reconhecida e esperada pela sociedade e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

✂ Sobre a questão da violência, Deslandes (1994 b, p. 5 ), diz que:

*a atuação da Saúde Pública em maus-tratos, menos que uma realidade concreta, é mais que uma promessa. A atuação da saúde em maus-tratos faz parte de uma nova consciência social, de proteção à infância e adolescência que busca se consolidar no país.*

Concordo com essa afirmativa e acrescento que sempre tive restrições em tratar deste assunto, mas ao que parece, esta temática sempre desafiou-me. Esclarecendo melhor, posso dizer que algumas vezes, durante uma breve passagem pela emergência de um hospital geral, situado na grande Porto Alegre, fui envolvida em situações diagnosticadas como mau trato e negligência com crianças. Foi quando percebi que os profissionais envolvidos nesta assistência, demonstram uma mistura de sentimentos: revolta, indignação, piedade, dentre outros, frente a família, desaprovando àquelas condutas.

Refletindo sobre esta atitude, percebi que fazia parte daquele grupo de profissionais, ressentindo a falta de conhecimentos e preparo que nos dessem base para interagir com a família naquela situação, visto que, nossos currículos não oportunizam a vivência com esta realidade.

Analisando estes sentimentos que acometem os profissionais de saúde, Deslandes (1994, b), salienta a grande dúvida em que ficam estes profissionais, questionando-se sobre o que é possível fazer, sobre a necessidade de conhecer melhor esse fenômeno, se a questão é familiar ou se extrapola para a esfera da saúde, e principalmente se já existem experiências consolidadas de atuação nestes casos, que possam sugerir estratégias para atuar.

Seguindo esta linha de pensamento, a autora, vem corroborar com minhas percepções quando diz que:

*a violência intra familiar (ou doméstica) não é um problema novo para os profissionais de saúde, pois estes entram em contato com esta realidade no seu dia-a-dia. Além de sofrerem o impacto que a situação de violência contra*

*crianças e adolescentes lhes provoca, ainda se defrontam com a precariedade de recursos de seus serviços para um melhor atendimento dessas questões (p. 6).*

Em desacordo com esta triste realidade e não querendo ficar só na constatação da mesma, é que busquei caminhos para tentar modificá-la.

O respaldo para esse trabalho iniciou-se com a apresentação do estudo desenvolvido por Ribeiro (1990-UFSC) *Interação: a enfermagem assistindo à família maltratante*. Sua leitura despertou-me para várias indagações a respeito do assunto e de como ele estaria sendo tratado após seis anos, bem como destaco o importante papel que a enfermeira tinha e tem em relação à Saúde da Família.

Entendo que após a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), dos Conselhos Tutelares e do Juizado da Infância e Adolescência, novos e importantes acontecimentos surgiram para auxiliar e dar caminho para esta problemática e que a Enfermagem à Família, tem um espaço a ocupar nas equipes interdisciplinares, assessorando os Conselhos Tutelares e nas lutas da comunidade.

Na ocasião da Assembléia Nacional Constituinte, em 1988 a sociedade brasileira fez introduzir redação definitiva ao art.227, no qual foram declarados os Direitos Fundamentais da Criança e do Adolescente, conforme Brasil ( 1997 p. 110) está assim escrito:

*Art. 227 - É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar, além de colocá-los a salvo de toda a negligência, discriminação, exploração, violência,*

*crueldade e opressão.*

A divulgação de princípios universalmente aceitos contribui para o engajamento de pessoas e grupos na luta em defesa dos direitos das crianças e adolescentes.

Sobre a Carta de 88, Pereira (1996, p.11) escreve, *o Direito Brasileiro conheceu um novo paradigma em relação à população infanto-juvenil: crianças e adolescentes são titulares de Direitos Fundamentais como os adultos.*

Assim como a Constituição Federal de 1988, segundo Brasil ( 1997 p.110), preconiza o dever da família em proteger as crianças e adolescentes, também ressalta o dever do Estado no art.226 *“A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado”*, mais detalhadamente no § 8º *“O Estado assegurará a assistência à família na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações”*.

Dez anos depois da Constituição Federal ter sido promulgada, o art. 226 ainda não foi regulamentado, segundo artigo dos articulistas da Folha de São Paulo, no caderno cotidiano, de 23 de julho de 1998. Eles informam que existem três projetos de lei tramitando no Congresso, que prevêem penas rígidas para quem cometer atos violentos em casa, mas nenhum chegou a ser debatido. O Brasil é um dos poucos países da América Latina que não dispõe de legislação específica sobre violência doméstica. Estes projetos não estão de acordo com a recomendação da Organizações das Nações Unidas, que privilegia medidas de reabilitação da família, em detrimento de medidas punitivas.

Conforme Pereira ( 1996 ), a entrada em vigor do Estatuto da Criança e do Adolescente, ECA (Lei nº 8.069/90) e a ratificação da Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança da ONU em 1989, o direito de ser criança e adolescente deixou de ser um discurso teórico, político e demagógico e, concretamente, tornou-se uma realidade jurídica e doutrinária no país.

No Art. 7º de capítulo I, Do Direito à Vida e à Saúde - Título II Dos Direitos Fundamentais do ECA, em Brasil (1991), encontra-se a seguinte redação:

*Art. 7º - A criança e adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais e públicas que permitam o nascimento e desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.*

Desmembrando este artigo, entende-se por "proteção à vida e à saúde", não apenas a garantia da sobrevivência física mas, principalmente, a garantia da integridade psicológica e social, entendida enquanto condições de vida que asseguram: gestação e nascimento com atenção institucionalizada; vida familiar harmoniosa; contato social com outras crianças e adultos; acesso à educação formal a partir da pré-escola; assistência preventiva e curativa de saúde; acesso à alimentação adequada e a objetos que propiciem o desenvolvimento afetivo e social em cada fase da vida.

Ressalto que a Constituição Brasileira de 1988 e o ECA de 1990 trazem como importante a vida em família, sendo o ambiente natural para o desenvolvimento daqueles que ainda não atingiram a vida adulta. O

Capítulo III, do ECA, conforme Brasil ( 1991), trata do “Direito Fundamental à Convivência Familiar e Comunitária”, havendo a valorização quer da família natural, quer da substituta, quando está assim escrito:

*Art.19 - Toda a criança ou adolescente tem direito a ser criado e à educação no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes.*

Pereira (1996) em uma análise histórica da evolução do conceito de família no Brasil, alerta principalmente para o fato de que o grupo familiar em nosso país guarda uma tradição patriarcal, vinculada a laços de sangüinidade, ascendência e descendência. Por influência do catolicismo, é ligada quase sempre ao casamento, embora desde o período colonial, outras formas de família se apresentem na estrutura social brasileira.

Prosseguindo, a autora lembra que já na Convenção Internacional sobre Direitos da Criança realizada em 1989 , preocupada com a caracterização da família, considerou-a:

*...grupo fundamental da sociedade e ambiente natural para o crescimento e bem-estar de seus membros, em particular das crianças, devendo receber a proteção e assistência necessária, a fim de poder assumir plenamente suas responsabilidades dentro da comunidade ( p.153).*

Como é possível perceber, de maneira geral, ao procurar o conceito de família, encontra-se definições, formas de estruturas, modalidades de organização e tipo de relações pessoais. O enfoque básico é da família

como instituição jurídico-social com direitos e deveres, sem referência aos limites desses direitos e o alcance desses deveres.

A Enfermagem há algum tempo começou a estudar, pesquisar e assistir às famílias, entendendo estas como unidade de cuidados e/ou como cuidadoras nas situações de saúde/doença.

O crescente e desafiante interesse pela saúde da família foi constatado na oportunidade de atuação junto ao Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família (GAPEFAM), grupo vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Coordenado pela Dr<sup>a</sup> Ingrid Elsen e formado por professores, alunos de graduação e pós-graduação, e enfermeiros assistenciais do Hospital Universitário da UFSC. Atualmente o grupo conta com outros profissionais como psicólogos e assistente sociais.

Segundo Elsen (1994 p. 20) O grupo tem como característica primordial o compromisso com a enfermagem voltada para a saúde da família nas múltiplas dimensões do assistir, investigar e compartilhar saberes. A atuação dá-se em diversos ambientes onde a família se encontra, como o domicílio, creches, serviços de saúde e na comunidade.

A autora acima citada, estudiosa da Enfermagem, vem interessando-se pelo assistir famílias, e alerta para o fato de que o saber na área da enfermagem em família,

*... é considerado ainda emergente, mesmo à nível internacional... o ensino de enfermagem não vem abordando de forma sistemática a assistência à saúde da família nos currículos... o mundo da família tem-se mostrado complexo e seu processo de viver único.*

Tal afirmativa, por sua profundidade e abrangência, leva-nos a pensar no compromisso que temos enquanto profissionais e acima de tudo educadores de enfermagem, no sentido de melhor situar a família nos currículos, bem como definir estratégias de implementação de ações, tendo esta como objeto de estudo da enfermagem.

Quando trabalhamos com famílias, toda e qualquer ação deve ser planejada eticamente, pois a princípio estamos "entrando" no seu ambiente físico e simbólico privado e, por mais que façamos uma boa interação com a mesma, estamos, aos olhos da família, investidos de um conhecimento próprio, técnico, profissional que nos coloca na situação de "estranhos no ninho".

Reforçando meu pensamento, Leopardi (1995, p. 26) diz que:

*o mundo cotidiano do sujeito/cliente, transcende a sua particularidade quando colocado à disposição de um técnico. Ora, isso requer um alto grau de postura ética, pois se está manipulando informações não genéricas, mas sim informações da vida mesma de um indivíduo. A maioria deles preza muito seu cotidiano, porque, muitas vezes, é tudo o que podem apropriar.*

A questão da negligência nos cuidados de saúde está entre as maiores causas de denúncias contabilizadas no Relatório Azul de 1996, da Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, da Assembléia Legislativa do Rio Grande do Sul, contando com cento e cinco casos só na região de Porto Alegre.

Um perfil dos maus-tratos e abuso sexual cometidos no Rio Grande do Sul, revela que 87,18% das violações são infringidas por quem tem a

responsabilidade de proteger. Estes dados recentes fazem parte da pesquisa realizada pelo Centro de Defesa da Criança e do Adolescente Bertholdo Weber, de São Leopoldo. A equipe deste Centro analisou 1.537 relatos de violência ocorrido em seis meses nos Conselhos Tutelares de vinte e oito municípios gaúchos. Segundo Brum (1998), o mérito desta pesquisa está no fato de sistematizar os dados e traçar o primeiro perfil gaúcho da violência cometida contra a infância. Ela salienta a importância desta pesquisa quando revela uma outra realidade preocupante que é a fragilidade dos Conselhos Tutelares, concentrando o grosso de seu atendimento nos aconselhamentos e advertências.

Para Santos et al ( 1998 ) a forma mais freqüente de violência é a negligência, caracterizada pela omissão dos pais em prover os filhos de cuidados básicos, 42,68%, revelando uma situação de esfacelamento da família, associada, em parte à miséria. Os autores chamam atenção para a responsabilidade dos serviços públicos e privados quanto a gravidade do problema *“a família que negligencia também é vítima de negligência”*.

Em Santa Maria, até no momento não é possível ter os dados registrados referentes as denúncias por cuidados negligentes. O que temos de mais palpável, a grosso modo, são os encaminhamentos vindos dos hospitais, principalmente do Hospital Universitário de Santa Maria - RS (HUSM), mas que infelizmente não me possibilitou como verificar o motivo real desses encaminhamentos.

Considero a relevância deste estudo, no âmbito da enfermagem, pelos seguintes motivos, dentre outros:

- haver pouca bibliografia sobre negligência nos cuidados de saúde,

ou de violência doméstica produzidas por enfermeiros;

- chamar atenção da enfermagem, sobre o importante papel desta temática, e também das responsabilidades frente ao Estatuto da Criança e do Adolescente;

- trazer esta temática para o cotidiano da assistência de enfermagem, desmitificando um pouco a sacralidade da família;

- e, principalmente, para compartilhar este conhecimento, fazendo com que cada vez mais a enfermagem se envolva nos problemas sociais que estão à sua volta e que tem reflexo na saúde da criança e do adolescente.

Sendo assim, penso que a enfermagem tem seu papel fundamental junto à família, ora assistindo, ora mediando conflitos, ora criando competência, e para tal deve procurar instrumentaliza-se com outros saberes.

### **2.3 Objetivos**

De acordo com o tema que venho desenvolvendo no decorrer do mestrado, Negligência, Saúde e Família, tenho como proposta a continuação desta busca de informações mais profundas, à fim de contribuir para que a enfermagem desenvolva ou construa um referencial próprio para assistir famílias negligentes nos cuidados de saúde, e principalmente atue conjuntamente com outras instâncias para a solução dos problemas levantados.

Para tal, tenho como objetivos:

### 2.3.1 Objetivo geral

Desenvolver um referencial teórico metodológico para subsidiar a atuação do enfermeiro com famílias negligentes nos cuidados de saúde de seus filhos.

Este objetivo geral será perseguido através da consecução dos seguintes objetivos específicos.

- elaborar uma proposta teórico-metodológica para cuidar de famílias negligentes nos cuidados de saúde de seus filhos;

- implementar a proposta com famílias sob intervenção do Conselho Tutelar e/ou Juizado da Criança e do Adolescente;

- analisar a proposta executada à luz de novos referenciais teóricos referentes à violência doméstica, revendo o referencial teórico proposto para a prática assistencial, propondo mudanças ou acréscimos.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

*“Da primeira vez que me assassinaram  
perdi o jeito de sorrir que eu tinha.*

*Depois, cada vez que me mataram,  
foram levando qualquer coisa minha.”*

*(Mario Quintana)*

Quando comecei a pensar no desenvolvimento de um tema procuramos, primeiramente, defini-lo de forma clara, conhecer suas inter-relações com outros aspectos, enfim, desvendá-lo aos nossos sentidos e tentar fazê-lo claro aos olhos de quem os lê. Sendo assim, a revisão de literatura será desenvolvida de forma que a compreensão do fenômeno violência doméstica, e dentre ela a negligência nos cuidados de saúde, seja gradativamente construído.

Iniciando essa construção, fiz considerações sobre violência, por entender ser o substrato, o alicerce dessa reflexão. Logo após particularizei a questão da violência contra a infância e a violência doméstica. Seguindo, fiz algumas inferências sobre o tema família, por ser o *locus* privilegiado de minha temática. Como o presente trabalho tem por objetivo a questão da negligência nos cuidados de saúde nas famílias e as possíveis conseqüências para as crianças, tratarei dessa temática com maior profundidade.

Posso inicialmente definir o termo *violência* como: *“qualidade violento, ato de violentar, constrangimento físico e moral; pelo uso da força; coação”* (Ferreira 1986, p. 1780). Ainda podemos definir como todo ato que alguém infringe à outro contra a vontade deste, independente de usar a força ou a

intimidação.

Apresento acima definições que constam em dicionários. Pergunto-me como poderia definir o termo violência no cotidiano, lendo os jornais, vendo televisão, passeando pelas ruas e, nesses veículos deparamo-me com as guerra de gangues, grupos de extermínios, pobreza, miséria, falta de atendimento, e também tantas outras formas evidenciais. Constata-se assim que a violência já não encontra-se apenas traduzida em dicionários ou em artigo e sim, reflete-se das mais variadas formas em nossas vidas.

Minayo (1990), em sua obra intitulada *Bibliografia Comentada da Produção Científica Brasileira sobre Violência e Saúde*, evidencia apropriadamente o tema “violência” como uma problemática de Saúde Pública e analisa ao longo dos anos as mais variadas abordagens sobre o mesmo. Diz que violência, de forma geral, vem despertando interesse crescente, principalmente na área da saúde, onde encontramos muitos trabalhos e pesquisas. Sobre este crescimento, a autora reflete:

*o aumento da produção faz pensar que este é proporcional ao aumento do nível de consciência social dos intelectuais sobre o problema. E porque não dizer que o crescimento da consciência acompanha o avanço de um processo social preocupante no Brasil, em termos da violência do Estado e de seus aparelhos repressivos, de violência das relações de produção e de propriedade no campo, da delinquência nos grandes centros urbanos, afetam de forma muito particular a cotidianidade dos cidadãos, pela perplexidade e pelo medo.*  
( p. 12 )

Os trabalhos descritos por Minayo (1990) possuem abordagens variadas sob o fenômeno da violência. Ela apresenta um primeiro grupo de explicações de ordem biologicistas e psicológicas, onde fica evidenciada a

tendência a trabalhar com a idéia de uma agressividade instintiva da natureza humana, tão natural quanto a fome e o instinto sexual. Estes estudos usam teorias etológicas, transferindo as regularidades do nível biológico para o social e extrapolam os dados referentes aos animais para as relações humanas em sociedade.

As concepções psicologicistas sobre violência tendem a reduzir os fenômenos e processos sociais a problemas de conduta individual e de determinação do individual sobre o social. Estas análises, refletem as contradições sociais do mundo moderno, expressando o crescimento das tendências anti-sociais na consciência coletiva, o isolamento e alienação dos indivíduos, a antítese entre indivíduo e sociedade e a queda dos valores éticos-morais. Minayo ( 1990 ) diz que a psicologização da violência obedece a uma análise equivocada, que visa a “humanização” do sistema social, através do tratamento da psique humana e o fim da alienação da indivíduo e da discórdia social mediante um “aperfeiçoamento moral”.

O segundo grupo de teorias, referem-se, segundo a autora aos efeitos de ruptura dos rápidos processos de mudança social, provocados sobretudo pela industrialização e acelerada urbanização. Observa-se que o foco principal destas análises é de que, os movimentos de industrialização provocam correntes migratórias de populações que passam a povoar as grandes cidades, sob condições de pobreza, desorganização social, expostas a novos comportamentos e sem condições de acesso econômico para realizar suas aspirações. Estes componentes favoreceriam a formação das “classes perigosas”. Alguns destes estudos tem seu componente ideológico muito claro, quando indica a favela e a periferia como locus da

violência, desprezando os componentes macro-estruturais da subjetividade na escolha dos possíveis sociais. A crítica aos seguidores desta corrente se faz frente ao entendimento de que, ao reduzir a violência, o crime e a delinquência, colocando como “criminosa potencial” a população de imigrantes pobres das classes trabalhadoras, eles desconhecem a violência estrutural, a violência do estado, a violência cultural dos grupos e subgrupos de sexo, idade, etnia, etc.

Numa terceira corrente, a autora nos conduz a compreender o fenômeno da violência como sendo estratégias de sobrevivência das camadas populares, vítimas das contradições gritantes do capitalismo no país. Conforme Minayo (1990), a inspiração básica de tais teorias estaria em Sorel , o primeiro teórico da explicação da violência como revolta dos despossuídos, e em Engels que coloca o fenômeno da delinquência no início da industrialização na Inglaterra, como nível elementar da luta de classes. Esta concepção retém uma visão exterior da violência como força instrumental de justiça, deixando de fora os outros aspectos da violência social e cultural que tem raiz em nosso interior. Nesta mesma linha, Hegel foi o primeiro filósofo que integrou a violência não só na racionalidade da história da sociedade, mas na origem da própria consciência.

Uma quarta abordagem, diz a autora é defendida pelo o grupo que explica a violência e o crescimento da criminalidade, pela falta de autoridade do estado, entendida como aparatos jurídicos e policiais com o poder repressivo. Esta visão se abstém de conhecer o verdadeiro papel da violência enquanto forma de domínio econômico e político das classes dominantes. Outra crítica a estas posições é o fato de apresentar o Estado

como elemento neutro, e de explicar a violência pela delinquência que se desenvolve à sombra das conveniências e apatia das autoridades e dos aparelhos repressivos.

A quinta e última corrente de pensamento, apontado pela autora encontramos o Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (CLAVES). Este grupo pensa a problemática da violência como uma rede, dentro da inspiração de autores como Domenach , Boulding e outros. Para eles, o reconhecimento que a violência estrutural oferece um marco à violência do comportamento, implica que as estruturas organizadas e institucionalizadas, como a família, os sistemas econômicos, políticos e culturais conduzem à opressão de determinados indivíduos, grupos, classes e até povos e nações.

Ao refletir sob nossa trajetória e prática profissional, verificamos que nossas concepções pessoais coincidem fortemente com esta última tendência apresentada por Minayo (1990). Fazemos coro com os teóricos desta concepção, quando afirmam que não se pode escapar da violência nas sociedades, pois não se tem notícia de sociedade sem violência, e que esta não é abstrata. É fundamental distinguir na sociedade como a nossa, a violência da classe dominante, a violência familiar, dentre outras, cada uma com sua especificidade, com o objetivo de prever estratégias para enfrentamentos.

Esta forma de pensar é expressa por Minayo (1990, p. 24), quando afirma que:

*hoje a realidade empírica ajuda a visualizar esse caminho teórico cuja lógica nada mais é que a aplicação do princípio*

*dialético hermenêutico da análise, onde de um lado busca-se entender a violência como um fenômeno na totalidade da formação social e de outro, na sua diferenciação e especificidade peculiar de acordo com a tipo ou aspecto a serem analisadas.*

Busquei em Chauí, apud Guerra, Santoro e Azevedo (1992,p.72), uma definição que contempla os aspectos que julgo igualmente importantes, uma vez que refletem a questão da violência marcada por desigualdades sociais e nas relações interpessoais:

*Uma realização determinada das relações de força, tanto em termos de classes sociais, quanto em termos interpessoais. Em lugar de tomarmos a violência como violação e transgressão de normas, regras e leis, preferimos considerá-la sob dois outros ângulos. Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão, isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, como uma ação que trata o ser humano não como sujeito, mas como coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade, e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidos ou anuladas há violência.*

Frente a definição e entendimento descrito acima, sou tomada por uma grande angústia quando deparo-me com a realidade na qual estamos todos inseridos, onde as relações de trabalho e interpessoais são exercidas de forma dominante e transportadas para o interior do espaço doméstico. Neste "locus", encontra-se a reprodução das relações interpessoais com contornos distorcidos e ou patológicos, sendo estas igualmente responsáveis pelos índices alarmantes de violência intra familiar. Associadas à estes fatores geradores de violência, convivemos com uma

organização social desigual, voltada para a realização individual e baseada nos pilares do consumismo, lei do mais forte e do jeitinho brasileiro.

Na Espanha, Roig, apud Azevedo e Guerra (1993), levantando dados epidemiológicos para entendimento do fenômeno dos maus-tratos, concluiu que o aumento considerável de registros estava relacionado diretamente ao melhor conhecimento teórico do fenômeno da violência intrafamiliar, e a maior sensibilização dos profissionais de saúde.

A experiência do autor citado acima, a Espanha, bem como outros países europeus questionam se a violência contra infância é um fenômeno novo, ou emerge de práticas que sempre existiram? Estudos e pesquisas mostram que o que está mudando, é a tomada de consciência em relação à personalidade da criança e seus direitos de ser em formação. Ainda temos, como já foi dito, um maior “desmascaramento” do fenômeno gerado pelo aumento de interesse das áreas jurídicas, médicas, sociais e psicológicas.

Durante o tempo que morei na França, tomei conhecimento que a questão dos maus-tratos e da negligência impostos às crianças representam um fenômeno da atualidade, sendo altamente preocupante, passando a ser a segunda causa de mortalidade infantil, passada a primeira semana de vida.

Citando o exemplo francês, Manciaux et al ( 1997 p. 147 ), afirmam que “o primeiro estudo importante é realizado conjuntamente, sob uma base pluridisciplinar, entre Paris e Nancy nos anos de 1972 a 1975”. A partir deste trabalho e de sua publicação em 1978 sob o título “*les jeunes enfants victimes de mauvais traitements*”, muitos outros trabalhos e publicações se multiplicam, resultando o progresso da conscientização dos profissionais da

saúde e do serviço social, depois dos poderes públicos e ainda do grande público, a sociedade. Nesse estudo a conscientização também contou com a ajuda de um grande número de associações profissionais, voluntários e principalmente da mídia.

Apontam os autores que nos Estados Unidos da América, a “redescoberta” do fenômeno da violência contra a infância, mais especificamente, a violência física, data da década de 60, embora afirmem que na década de 70 do século passado, já se debatia a problemática. O caso Mary Ellen, agredida fisicamente no lar, em meados dos anos 70, colocou a situação dos maus-tratos, devido ao fato de não haver dispositivos legais para protegê-la de seus agressores e, sendo assim, o caso foi tratado dentro das leis que regulamentam a proteção dos animais, alegando que a criança também faz parte do reino animal. Tal episódio gerou muito embaraço e desconforto para uma sociedade dita desenvolvida, e de onde emergiam movimentos de reformas sociais que afetariam todos os países do ocidente. Logo foi constituída a Sociedade de Prevenção da Crueldade Contra Crianças (SPCC), que no final dos anos 70 tinham em torno de 34 unidades espalhados pelo continente americano.

Observa-se que a violência é um fenômeno mundial, sendo que a violência contra a infância, vem tornando-se cada vez mais “descoberta”. Este descobrimento recente, denota a crescente tomada de consciência de um fenômeno que sempre existiu, mas mascara-se por detrás de ideologias dominantes, dentro dos lares e o que é pior, na maioria dos casos, nas sombras das estatísticas.

Para Azevedo e Guerra ( 1993, p. 258 ) o momento americano era de

ajudar as crianças, pois consideravam-nas seres *inocentes*, facilmente vitimizáveis, e *maleáveis*, podendo ser moldadas como bons cidadãos. *“Protegê-las dos erros dos adultos tornou-se uma bandeira de luta dos chamados salvadores de crianças”*.

Segundo Barudy ( 1997 ) são passados cem anos entre a primeira publicação científica que denuncia o problema da violência contra criança e o momento no qual o mundo médico aceita, enfim a idéia de que os ferimentos, fraturas e queimaduras nos corpos das crianças pudessem ser causadas por adultos, e em especial, pelos próprios pais. Este período se situa entre o momento em que Ambroise Tardieu no ano de 1868, professor de medicina legal em Paris, descreve, apoiado em relatórios de autópsias 32 casos de crianças queimadas e espancadas até a morte, e a apresentação , em 1961, da descrição completa da Síndrome da Criança Espancada, por Henry Kempe na Academia Americana de Pediatras. No ano seguinte, a publicação no The Journal of the American Medical Association, divulga para toda a sociedade médica e entre outros profissionais, que começam a enxergar um pouco mais este fenômeno impensável.

A característica “impensável” do fenômeno dos maus-tratos, pelo mundo médico, de acordo com Barudy ( 1997 ) pode ser ilustrada pelo fato que no mesmo ano que Tardieu denuncia, na França, a existência de crianças maltratadas até a morte, um outro médico, em Londres, Johnson em 1868, no hospital infantil, atenta para a frequência das fraturas repetidas em crianças, e atribui estas à fragilidade dos ossos pelo raquitismo.

O autor, diz que Kempe, em 1978, estudando os arquivos dos casos

descritos por Johnson, afirma que a maior parte deles são descrições de casos de crianças maltratadas. Ele constatou em seu levantamento, 3.926 crianças de menos de cinco anos, morreram “acidentalmente” ou de forma violenta. Destas somente 200 foram qualificadas como homicídios involuntários, 95 foram atribuídos à falta de cuidados e 18 ao frio. Para Kempe todas estas mortes foram devidas ao maus-tratos a que foram submetidas essas crianças. É claro que os pesquisadores deixaram de lado o fato clínico dramático das mortes dos recém nascidos de etiologia endógena.

Refere o autor que em 1946, John Caffey fez suas primeiras observações relacionadas a associação inexplicável dos hematomas subdurais e as modificações anormais no nível dos ossos longos diagnosticados a partir de raios X, e em 1953, Caffey e Silverman, estudando as radiografias, estabeleceram a característica traumática das fraturas, associando aos maus-tratos sofridos pelas crianças.

Manciaux et al. (1997, p. 21) no livro “Enfances en danger”<sup>1</sup>, chamam atenção para a questão da evolução desta temática, por longo tempo negligenciada. Justificando a escolha do título do livro, *Infância em perigo* diz que a noção de *perigo* transcende a separação teórica entre o risco e as sevícias, estas cometidas muitas vezes escondidas sob formas sutis de maus-tratos, como a negligência e violência psicológica, e também o abuso sexual, por ser pouco conhecido e difícil de interpretar. As crianças efetivamente maltratadas, correm um forte risco de o serem outras vezes,

---

<sup>1</sup>Em 1982 é publicado o livro “L’enfant maltraité”. Primeira obra francesa que dá uma visão global sobre os maus-tratos e que aborda pela primeira vez o problema das sevícias sexuais. Em 1993, esta obra é reeditada com novos dados e enriquecimento. Na edição de 1997, o título é modificado pelo entendimento acima exposto.

assim, os maus-tratos devem ser bem conhecidos para que se possa agir preventivamente para evitar que o risco venha a tornar-se sevícias.

Infâncias, no plural, significa a multiplicidade e diversidades das vítimas, tanto crianças como adolescentes.

Concordo com a posição defendida pelos franceses que estão mobilizando-se cada vez mais rápido. Eles enfrentam na atualidade, além da violência contra crianças já diagnosticada, a violência cultural, devido as imigrações de suas antigas colônias. Frente à cultura ocidental francesa, como justificar alguns costumes árabes em relação às crianças, como por exemplo, a clitoriotomia nas meninas, para supressão do prazer sexual.

No Brasil sofremos com nossas dimensões continentais, nossas imigrações internas, e principalmente com a brutal carência de recursos sociais e financeiros para agir preventivamente em qualquer área de saúde e bem-estar. Com este quadro, nossa infância também está em perigo, quando exposta à miséria, maus-tratos institucionais, familiares e escolares.

Quando pensamos na questão da violência, mais especificamente em relação à infância, cometemos o erro de pensar que este é um problema atual, vitimado pela crescente transformação da sociedade e da família. Como diz Farinatti et al (1993 p. 11) *“seria ingênuo e temerário que colocássemos o paraíso infantil na morada de nossos antepassados...”*, eles referem-se aos inúmeros exemplos na história da humanidade, às citações bíblicas de abandono, assassinatos de crianças para fins ritualísticos, e outros.

Na mesma leitura da historicidade da violência contra crianças, Badinter (1985), diz que em pleno século XVII, a filosofia e a Teologia

manifestam verdadeiro medo da infância. Na pessoa de Santo Agostinho, a Teologia cristã elaborou uma imagem dramática da criança, que traz consigo o peso do pecado original.

Manciaux et all (1997, p. 35) faz referência a dualidade em que encontramos a infância na história:

*criança rei, criança vítima, a todo o tempo nem uma nem outra, ou mais exatamente, tanto uma como outra. Estas flutuações de atitudes, mostram a ambiguidade fundamental de seu lugar e de sua sorte na sociedade.*

O surgimento da consciência da infância, está situado no final do século XVII, conforme Ariès (1981, p. 12), com a aparição de um sentimento que atribui à infância uma especificidade negligenciada até esta época “*a família começou a se organizar em torno da criança e a lhe dar uma tal importância, que a criança saiu do seu antigo anonimato, tornando impossível perdê-la ou substituí-la sem uma enorme dor*”.

O autor chama atenção para o fato que é sobre a influência da Igreja, dos moralistas seguida posteriormente pelos médicos e pedagogos, que o sentimento “moderno” de infância penetra progressivamente em todos os princípios educacionais e em todas as classes sociais até o século XX. Por longo tempo permaneceu a diferença entre a consciência da infância, e o reconhecimento da criança como ser à parte e integral.

Apesar da evolução das idéias, a realidade das condições de vida das crianças continuam ameaçadas, os números das violências à que são expostas, levam-nos a crer, que poucas foram as mudanças ocorridas com o passar dos séculos.

Atualmente muitas pesquisas tem sido veiculadas em jornais e revistas de grande circulação, das mais variadas instituições, tanto governamentais como não governamentais. Há consenso entre elas quando apontam os pais como os maiores agressores de crianças e adolescentes, como podemos ver a seguir.

Em recente pesquisa feita pelo Instituto Sedes Sapientiae( instituto de pesquisa e de atendimento, em São Paulo), o maior agressor da criança é sua família, principalmente o pai, e o local de agressão física ou sexual, é a própria casa onde a criança vive. Os números levantados pela pesquisa mostram que em apenas 15% dos atos violentos cometidos contra criança o agressor está fora da família. Em 48,7% dos casos, é o pai biológico quem pratica a violência e, em 28,2% das crianças analisadas, a mãe. O padrasto é responsável por 10% dos casos.

Em outra pesquisa, segundo Caversan (1998 p.1-2), realizada pela Associação Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (Abrapia) do Rio de Janeiro, os dados mostram outra realidade, tão dolorosa quanto a anterior. Estes dados expressos a seguir, são referentes às denúncias que chegam no SOS criança, por telefone, carta, fax ou pessoalmente.

- *“de 936 denúncias registradas, 97% ocorreram no ambiente familiar;*

- *dos tipos de violência apontados, 35% foram de natureza física, 27% psicológica, 3,5% sexual e 34% originados pela negligência;*

- *entre as crianças vitimadas, 53% são meninos e 47% meninas;*

*com relação aos agressores, predominam os do sexo feminino*

(62%) sobre o masculino (38%);

■ o dado mais estarrecedor revela que a grande agressora da criança, pelo menos no universo pesquisado pela Abrapia, é a mãe: 51% dos casos.

Refletindo sobre estes dados, Caversan (1998), diz que o Brasil trata mal suas crianças, não protege, não orienta e isto não é a novidade. A questão que se coloca é o fato de se esperar que de alguma forma, o núcleo familiar pudesse contrapor a violência das ruas, mas os números mostram o contrário.

A atitude indignada deste cidadão, mostra que aos poucos a sociedade toma consciência do fenômeno, e que é fundamental ter cuidado com o risco de crucificar a família sem compreender o contexto na qual está inserida. Uma questão desses dados chama a atenção e leva à reflexão, o baixo índice de violência sexual apontado pela pesquisa. Estes números talvez reflitam o tabu, ou também o sigilo com o qual esta questão em particular, são tratados.

A preocupação de não culpabilidade da família, está no documento preparado pela comissão encarregada, no Brasil, de implementar as recomendações da Conferência Mundial da Mulher, de Pequim, segundo notícia na Folha de São Paulo, quando assinala que para erradicar a violência doméstica, são necessárias, além de ações punitivas, medidas de apoio que dêem à vítima e à família, assistência social, psicológica e jurídica.

Estes números refletem apenas parte da realidade, visto que estas crianças conseguiram de alguma forma serem tratadas, ou melhor, a

violência contra elas extrapolou a esfera domiciliar e foram registrados. O quê dizer das agressões, dos assassinatos que ficam sem registros e sem punição aos agressores?

Escreve Agostinho (1995), que segundo números do Centro de Referência da Criança e Adolescente (CERCA), entidade subordinada à Secretaria Estadual da Criança, de São Paulo, desde 1988, 17,3 mil crianças e adolescentes foram vítimas de agressões, e neste período, o CERCA abriu 8.687 processos de agressão.

Somamos às pesquisa anteriores, outra mais recente, promovida pelo Movimento Nacional de Direitos Humanos (MNDH), em 1998, que segundo Falcão (1998) é um documento ainda inédito no Brasil.

A autora diz a que o MNDH analisou todos os homicídios contra crianças e adolescentes noticiados por jornais de quatorze estados do país, de janeiro a dezembro de 1997, chegando aos dados que apontam os parentes (pais, irmãos, tios, avós) como autores de 34,4% dos homicídios de crianças e adolescentes registrados em 1997. E que 44,3% dos crimes investigados ocorreram na própria casa das crianças.

Guerra e Azevedo (1992, p.233) afirmam que a infância vítima de violência, é tão variada quanto os meios e modos de violentar crianças e adolescentes, compondo um quadro perverso, que segundo as autoras encontramos categorias como:

- *infância pobre*: vítimas da violência social mais ampla. Nesta categoria encontramos a grande massa das crianças e adolescentes brasileiros, nascidos nas camadas dos excluídos, na qual suas perspectiva de vida não ultrapassam à miséria de seus lares;

*infância explorada*: vítimas da violência no trabalho. São os vendedores de limão nos sinais de trânsito, os cortadores de cana e de sisal, os meninos carvoeiros, enfim, os milhares que não estão nas escolas;

■ *infância torturada*: vítimas da violência institucional. São as vítimas das políticas sociais distorcidas, das FEBENS, da polícia;

■ *infância fracassada*: vítimas da violência escolar. São os repetentes, os desmotivados, os que sofrem com a pedagogia distante de sua realidade, os excluídos do sistema educacional;

■ *infância vitimizada* : vítimas da violência doméstica. Encontramos aqui muitos que sofrem por serem pobres, explorados, torturados, fracassados e que têm, em suas casas, pais ou parentes que os vitimizam. Nessa categoria não podemos omitir a infância que não sofre a falta de bens materiais, mas está sujeita aos maus-tratos infligidos por seus pais.

Nas relações intersubjetivas entre homens e mulheres, crianças e adultos podemos perceber um outro viés da violência, quando o resultado desta é a conversão do sujeito em objeto, ou seja, sua coisificação. No estado de coisa, os sujeitos tornam-se vulneráveis e seus direitos universais são desprezados.

A diferença entre violência estrutural e violência doméstica, na concepção de Guerra e Azevedo (1992), é que a primeira é entre classes sociais, inerente ao modo de produção das sociedades desiguais; e a segunda é intraclasses sociais, permeando todas as classes sociais, enquanto violência de natureza interpessoal e intersubjetiva, onde há a transgressão do poder do adulto; a negação do valor de liberdade, quando é exigido da criança/adolescente o silêncio; e o processo de vitimização da

criança/ adolescente, quando ela é submetida a satisfação e expectativas dos adultos.

Constatei que a violência contra a infância é um fato historicamente reconhecido, pesquisado e, por vezes, justificado. Analisando estes fatos, é possível comparar as atitudes atuais com as do passado, e notar que hoje lança-se um olhar mais claro e direto sob as particularidades da infância, mas também percebo que certas práticas ainda persistem, embora apresentadas sob uma roupagem moderna.

Muitas das violências cometidas contra a infância nos dias atuais, são práticas antigas que países industrializados estão buscando resolver e trazer para o conhecimento de todos. Diante desta constatação a pergunta que devemos fazer é: teremos que passar pelo mesmo processo, ou poderemos abreviar etapas, reduzindo assim o risco de sofrimento de nossas crianças?

### **3.1 Algumas reflexões sobre família**

Quando o profissional de saúde, no nosso caso a(o) enfermeira(o), estende sua assistência às famílias, estas vistas como unidade ou como a soma de seus elementos, obrigatoriamente vê-se envolvido com outras dimensões do conhecimento, e sendo assim, surge a necessidade de instrumentalizar-se para atuar.

Revisando a etimologia do vocábulo *família*, Aoki e Tardelli (1994) encontram sua origem no latim, onde *famulus* é “conjunto de escravos e servidores de uma mesma pessoa”. Esta definição teria sido emprestada do

erudito por via eclesiástica. Atualmente este vocábulo leva os estudiosos à outros pensamentos e linhas de análises. Dizem que nas sociedades ocidentais o conceito de família está predominantemente ligado ao casal e seus filhos, mas a antropologia mostra em seus estudos, que mesmo na sociedade ocidental os conceitos de família e parentesco não são os mesmos.

Refletindo sobre o conceito de família, percebemos a amplitude e diversidade do mesmo, assim como as diversas ciências que se ocupam do estudo sobre o mesmo, lançando olhares variados sobre a família. Segundo Bruschini (1993 p. 50) *“o primeiro ponto a considerar em qualquer análise sobre o tema família é a necessidade de deixar muito claro o que se entende sobre este conceito”*. Outro fator importante que a autora coloca é a tendência da naturalização da família, levando à identificação do grupo conjugal como forma básica e elementar de toda a família, e à percepção do parentesco e da divisão dos papéis como fenômenos naturais, criando obstáculos para análise. Diz *“o primeiro passo para estudar a família seria dissolver sua aparência de naturalidade, percebendo-a como criação humana mutável”*.

Concordo com a autora nessa análise, uma vez que concebendo-as como “mutável”, a família assume configurações diversas nas sociedades, tendo suas definições, funções e papéis de acordo com as características próprias de cada grupo social.

Encontro em Nitschke (1991, p. 21), considerações de Delaney , sobre a definição de família, como sendo tradicionalmente definida como o casal, seus filhos, estes por nascimento ou adoção. Esta autora coloca

família como *“um sistema dinâmico de duas ou mais pessoas que se consideram uma família, as quais dividem uma história, objetivos comuns, obrigações, laços afetivos, e um grau de intimidade”*. Ainda complementa dizendo que cada um dos membros da família tem suas qualidades individuais e que, interagindo formam um todo que é diferente e maior que a soma de seus membros. De maneira geral quando procuramos o conceito de família, encontramos definições, formas de estruturas, modalidades de organização, tipos de relações pessoais.

Lévi-Strauss, apud Osório (1996 p. 15), classifica as relações pessoais que configuram a família como sendo *“aliança (casal), filiação (pais e filhos) e consangüinidade (irmãos)”*. As relações pessoais conduzem a outro referencial vinculado à noção de família, que é o parentesco. Freud, apud Osório (1996 p. 15) , em seu livro Totem e Tabu, salienta que *“o parentesco é algo mais antigo do que a vida familiar, e na maioria das sociedades primitivas que nos são conhecidas, a família continha membros de mais de um parentesco”*.

Aoki e Tardelli (1994, p.6), concordam com a questão do parentesco, e acrescentam *“mais que relações puramente biológicas, a família e o parentesco constituem feixes de relações sociais, não constituindo meras entidades abstratas e estáticas”*.

As relações estabelecidas entre os membros da família, sobrepõem às concepções estáticas comumente usadas nos estudos. Sendo assim, ampliando a relação família/parentesco, Scabini ( s.d ), entende *“família como sendo uma organização complexa de relações de parentesco, que tem uma história e que cria uma história”*. Explicando seu conceito, ela diz

que a organização do grupo é a transformação das diferenças, em unidade, sem por isso anulá-las. Ainda como funções da família, cita a produção, organização e significação das relações entre seus membros, sendo estas sua habilidade e competência.

Retornando Aoki e Tardelli (1994, p.7), fazendo uma análise jurídica sobre o conceito de família, afirmam que este alterou-se ao longo do tempo, tanto quanto o próprio indivíduo, *“no caso a família, cuja existência independeu sempre do reconhecimento jurídico, desde quando começou a dar seus primeiros passos....e que, se reconhecia como membro deste conceito aqueles gerados pela mesma mulher,”* a necessidade da força para proteção tribal, estendeu-se o conceito de família, incluindo nele todos que se achavam dominados e amparados pela mesma força. Com o passar dos tempos, surgiram os clãs, depois as estirpes, as dinastias, etc., o homem foi necessitando adaptar-se ao novo meio, fruto do surgimento de novas expectativas de vida, da necessidade de expansão econômica e da mescla de costumes. Continuando, os autores afirmam que a questão da família no direito brasileiro, recebeu inicialmente na formulação dos civilistas, tratamento quase subsidiário, decorrente de uma relação jurídica que lhe antecedia: *“o casamento - que vinha ser a matriz geradora das relações familiares, a prole advinda consistia a finalidade maior do casamento”*.

Esta concepção, não parece ser privilégio das ciências jurídicas, e sim um modo de leitura da realidade expressa num dado momento histórico, que segundo Waechter apud Nitschke (1991, p. 23) entende família,

*como sendo um grupo social, tendo sua origem no casamento ou aliança comparável, sendo estabelecido por*

*vínculos legais e religiosos, servindo para procriar ou criar crianças, com o objetivo de assegurar a continuidade da raça e da linhagem.*

Atualmente não podemos dizer que família é um conceito unívoco, aconteceram avanços em todas as ciências, em todas as culturas. A família prepara-se para assumir a responsabilidade de viver no terceiro milênio, e para tal passa por processos de adaptação constantes.

A questão da violência como já vimos e ainda teremos muito para ver e apreender, faz parte deste processo de viver e adaptar-se da família aos novos tempos, sendo importante para todos os profissionais de saúde, especialmente a(o) enfermeira(o), estar ligada(o) nestas mudanças, assessorando a família e mediando suas relações intra e extra-familiares.

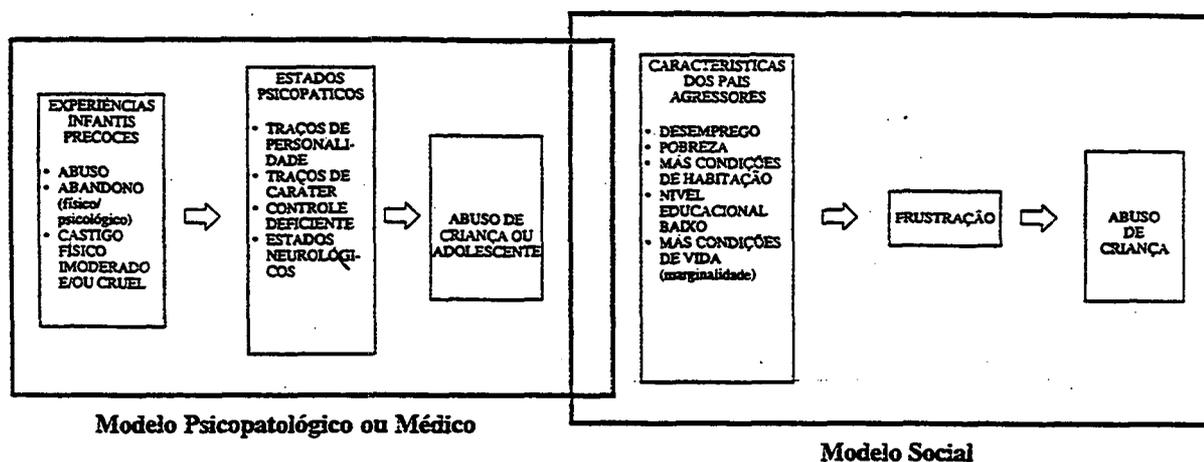
### **3.2 A violência na família**

A violência na família, também chamada de violência doméstica, ou ainda de violência intra familiar, é um fenômeno que vem sendo estudado por diversas áreas do conhecimento. Cada uma busca um foco, uma explicação coerente para o fenômeno da violência. Nestas áreas, encontramos várias correntes que propõem a compreensão do fenômeno. Elas podem ser puramente biológicas, psicológicas, sociais, ou ainda a mistura delas.

Os modelos aceitos há alguns anos, segundo Azevedo e Guerra (1993, p. 43), baseavam-se na unicasalidade, ou seja, ancoravam-se no pressuposto determinista da causalidade linear, cujo componente

desencadeador da violência ou abuso infanto-juvenil seria o desvio (doença) de natureza individual (modelo psicopatológico) ou social (modelo social), incidentes sobre os pais agressores.

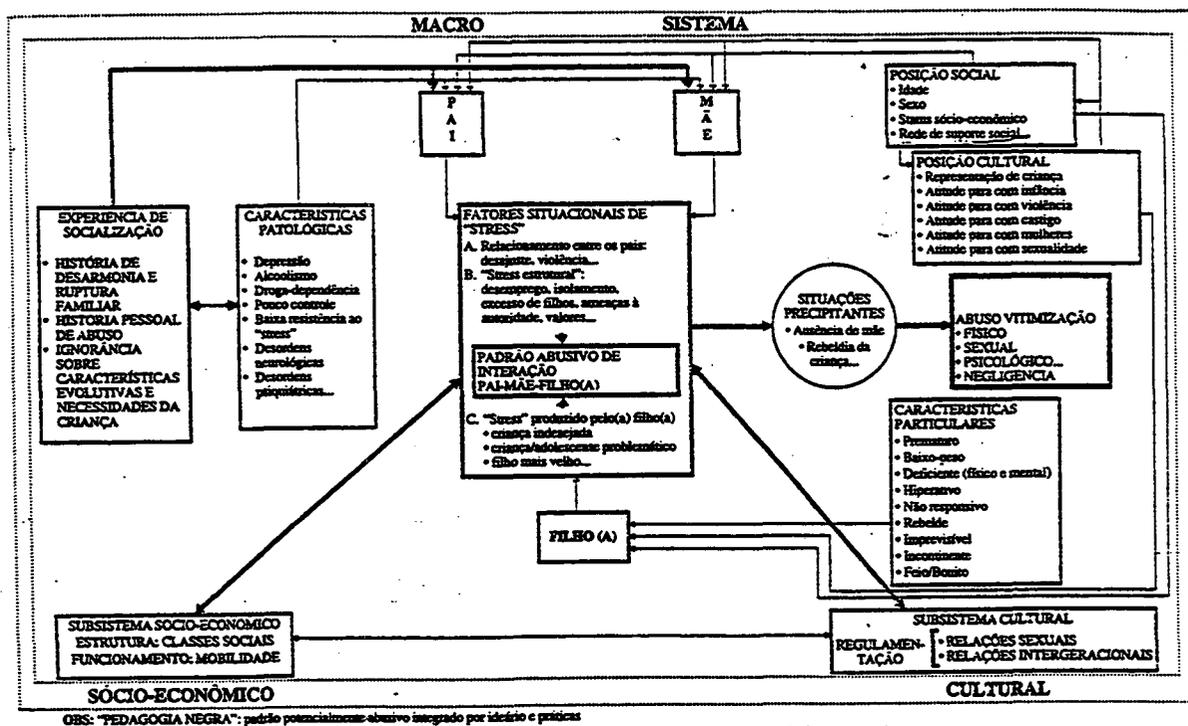
**Pressuposto: Causalidade Linear**



FONTE: AZEVEDO e GUERRA (1993, p. 44).

FIGURA 3 - Violência doméstica contra crianças e adolescentes - Modelos Unidimensionais.

Na atualidade, a corrente mundialmente aceita é a de multicausalidade, ou seja, a junção de vários fatores antes vistos de forma isolada, que Azevedo e Guerra (1993 p. 43) denominam *modelo interativo*, que decorre da interação dos fatores macro (sistema socio-econômico-político) e micro (história de vida dos pais x estrutura e funcionamento familiar). As autoras encontram atualmente seu referencial no "*modelo gerado a partir de pesquisas ancoradas na Teoria Sistêmica e especialmente tributários dos trabalhos de Bronfenbrenner, Belsky e Ochotorema*"



FONTE: AZEVEDO e GUERRA (1993, p. 42).

FIGURA 4 - Abuso - vitimização doméstica de crianças e adolescentes: Modelo Interativo ou Multicausal.

Criticando este modelo, as autoras analisam que o mesmo está longe de ser satisfatório, pois se apoia no mesmo marco referencial dos modelos unidimensionais, o empírico-analítico, em relação à lógica e aos seus pressupostos. Essas autoras, juntamente com seus grupos de estudos pertencentes ao Laboratório de Estudos da Criança - LACRI - órgão vinculado ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), defendem os pressupostos da Teoria Crítica para desvendar e intervir nos fatores da violência doméstica. Elas chamam atenção para o fato de que uma Teoria Crítica na área da violência familiar contra crianças e adolescentes, deve ser construída num processo que envolve um desafio

básico, alguns pressupostos, a aceitação de alguns critérios epistemológicos, e que tal formulação teórica deverá satisfazer uma opção metodológica. Cabe ainda ressaltar que embora as autoras apontem possibilidades de compreensão da violência doméstica sob a ótica da Teoria Crítica, estas ainda estão em fase de elaboração e constitui-se de proposições futuras.

Dizem que a sociedade têm submetido crianças e adolescentes a inúmeros tipos de violência, sendo a de cunho doméstico uma das mais comuns. Trata-se de uma violência intraclasses sociais e que permeia todas as classes. Para Azevedo e Guerra (1989 p. 11), a violência doméstica contra crianças e adolescentes pode ser sintetizada como:

- *“uma violência interpessoal e intersubjetiva;*
- *um abuso do poder disciplinar e coercivo dos pais ou responsáveis;*
- *um processo que pode se prolongar por meses e até anos;*
- *um processo de completa objetualização da vítima, reduzindo-a à condição de objeto de maus-tratos; uma forma de violação dos direitos essenciais da criança e do adolescente enquanto pessoas e, portanto, uma negação de valores humanos fundamentais como a vida, a liberdade, a segurança;*
- *tem na família sua ecologia privilegiada, como esta pertence à esfera do privado, a violência doméstica acaba revestida da tradicional característica do sigilo”.*

A violência doméstica é a mais difícil de nomear, ou de reconhecer pensa, Barudy (1997), pois ela é microscópica, privada, exercida sobre os membros mais vulneráveis do sistema social, as mulheres (violência

conjugal, assédio sexual) e as crianças (maus-tratos, negligência, abuso sexual e outros).

Jorge Barudy, psiquiatra chileno, exilado na Bélgica durante a ditadura militar em seu país, começou seu envolvimento com a questão da violência primeiramente por ter sido vítima dela e, mais tarde, juntou-se à outros grupos de exilados para fundar uma associação de ajuda às vítimas das diversas formas de violência, dentre elas a doméstica. Barudy, escolheu o enfoque eco-sistêmico por acreditar que o mesmo está em sintonia com a sua percepção em relação ao papel do pesquisador. Ele diz:

*ma conviction est que nous ne pouvons, auteur et lecteur de cet ouvrage, nous distancier de ce que nous vivons et observons; en conséquence, ce que j'écris sur ces violences et ce qui va être compris sont à la fois une théorie sur moi-même et une théorie sur le phénomène que j'ai eu besoin de comprendre ( p. 28)<sup>2</sup>.*

No entendimento de Barudy, na vida de uma família, os dramas da violência e, dentre eles, os maus-tratos contra crianças e adolescentes, emergem de fatores que dependem de uma parte de sua dinâmica interna, e de outra, das perturbações exteriores, enfim e sobretudo da ressonância entre os fatores familiares e do meio. A família é um sistema formado por diferentes elementos em interação com seu ambiente e possui uma estrutura auto-organizada e hierarquizada.

Lembra que a violência intrafamiliar traduz uma disfunção importante da família, e também dos sistemas institucionais e sociais que estão em

---

<sup>2</sup> Minha convicção é que não podemos autor e leitor desta obra nos distanciar do que vivemos e observamos, conseqüentemente o que escrevo sobre estas violências e aquilo que lhe acompanha

torno dela. Os gestos de violência exprimem tanto uma situação de abuso de poder, como o sofrimento do agressor e do agredido e ainda dos que estão mais perto.

Ainda quando a violência é resultado de um modo crônico de comunicação interpessoal e grupal, ela produz uma gama de fenômenos que darão origem à manifestações dentro da estrutura familiar e grupal, como por exemplo: crianças maltratadas e mulheres espancadas; crianças vítimas de incesto, de agressão sexual; toxicomania e delinquência; prostituição e outros.

Acentua o autor que, nas situações nas quais, o sofrimento resultado desta violência, não pode ser reconhecido e não pode se exprimir através da palavra, existe o risco de que ele venha a se manifestar na forma de abuso de poder sobre uma terceira pessoa. Esta situação poderá criar uma nova situação de violência, fazendo uma nova vítima. Sendo assim, os pais maltratantes, foram eles mesmos, quando criança maltratados e, poderão maltratando suas crianças, criar futuros pais maltratantes, criando-se assim um ciclo transgeracional da violência.

É interessante a posição de Barudy e de seus colegas sobre o entendimento de maus-tratos na família. Eles defendem a idéia de que o bem-estar de uma criança não é jamais uma questão de presente ou efeito de sorte e azar, ao contrário, ela é produção humana e por isso nunca é individual, ou mesmo unicamente familiar, e sim é resultante, dos esforços conjuntos da sociedade. Dentro desta perspectiva, eles adotaram como definição de maus-tratos, toda a manifestação de violência humana adulta sobre a criança.

Buscando o entendimento da fenomenologia interacional da violência ao nível dos sistemas humanos, Barudy utiliza-se do sistema familiar e do tecido social que está em torno deste, como campo de exploração. O modelo eco-sistêmico em relação a violência familiar, tem a finalidade de fornecer pistas para intervenção e tratamento. Ele considera como partes fundamentais o entendimento do fenômeno, na sua conotação holística, dinâmica e histórica.

Considera também, que a existência dentro dos sistemas humanos, de formas de organizações, quando interagem dentro de certos contextos, produzem modelos de comportamentos, de conhecimento e de crenças, que aumentam a probabilidade de emergir a agressão, é uma das hipóteses para a explicação da ligação entre os diferentes tipos de violência estudados. Barudy menciona como exemplo a situação: o sujeito agressor freqüentemente está convencido que suas percepções, suas representações próprias, de sua família, de sua criança, de sua história e do mundo que está em sua volta, são realidades objetivas. Dentro de seu sistema de crenças, a agressão não é o que parece para nós, e sim um ato

justificável e necessário. Dentro de sua família, o agressor utiliza e manipula a dependência afetiva de sua vítima. Não é necessário criar a afeição, pois o agressor julga a vítima como consequência da filiação e da interdependência familiar.

As crianças dependem, diz o autor, biologicamente, psicologicamente e socialmente dos pais, e não há outra alternativa a não ser aceitar a situação como legítima. O ato de bater, até de espancar, apresenta-se como “gestos educativos”, o abuso sexual é um “ato de amor” ou ainda “necessário à iniciação sexual da vítima”. O parente agressor exige de sua vítima uma fidelidade absoluta e lhe impede à expressão de sua dor e de seu sofrimento.

E os pais utilizam seu poder sobre as crianças, seus filhos, para impor suas crenças e suas representações do mundo, e dentre essas crenças, os gestos violentos e abusivos são considerados normais.

### **3.3 A negligência na família**

Particularizarei a negligência, dentre as violências domésticas por ter sido o foco maior de minha experiência na disciplina de Prática Assistencial.

Segundo Azevedo e Guerra (1989 p. 41); *“negligência é o fato da família se omitir em prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente”*. Configura-se no comportamento de pais ou responsáveis quando falham no alimentar, vestir adequadamente seus filhos, medicar, educar e evitar acidentes. Tais falhas só poderão ser consideradas abusivas, quando não são devidas à carência sócio-

econômica. A negligência pode se apresentar como moderada ou severa. O abandono parcial ou temporário promovido pelos adultos é uma forma de negligência.

Esta posição ou conceituação é defendida pelas autoras acima citadas e está inserida na proposta do Ministério da Saúde. Proponho aprofundar este conceito utilizando-me da leitura eco-sistêmica de Barudy (1997) para desvendar com mais propriedade este fenômeno.

Diz o autor que nas famílias negligentes, os adultos, mais especificamente os pais, apresentam comportamentos contínuos que refletem a ausência ou a insuficiência dos cuidados que destinam à suas crianças. Um contexto de pobreza e de isolamento social geralmente está em torno do sistema familiar, contexto este que coincide na maior parte do tempo com muitas outras carências apresentadas na história de vida dos pais. Os pais negligentes são adultos que não se ocupam de seus filhos e que apresentam deficiências importantes em suas funções parentais. Estas deficiências podem ser resultado de três dinâmicas que se entrelaçam: a biológica, a cultural e a contextual. As dinâmicas são diferentes, mas as consequências para as crianças podem ser idênticas.

No primeiro caso, a biológica, trata-se de uma perturbação no *attachement*<sup>3</sup> biológico entre o adulto e a criança, particularmente entre a mãe e seu filho. No segundo caso, a cultural, o problema situa-se na transmissão transgeracional dos comportamentos e dos modos adequados de cuidar dos filhos, caracterizando a negligência cultural.

---

<sup>3</sup> Será usada a palavra *attachement* para significar apego, união, aproximação, vínculo. Esta grafado em francês

O terceiro tipo de negligência, a contextual, é provocado pela ausência ou insuficiência de recursos do meio onde está a família. Podemos dizer que esta negligência é provocada pela pobreza e exclusão social.

### 3.3.1 A negligência biológica

Trata-se, segundo Barudy (1997), de situações nas quais, por diversas razões o encontro sensorial entre o adulto e a criança não acontece, não havendo “familiaridade”. Entre pais e seus filhos há uma reciprocidade transparente. Apesar dos laços biológicos que os une, eles não se percebem caso entre eles haja a dificuldade de “sentirem-se”. Esta perturbação grave de *attachement* se manifesta por uma falta de interesse e rejeição por parte dos pais. Trata-se de “ligações sensoriais” de afetividades interpessoais que aparecem após problemas de interações precoces entre pais e filhos.

Diz que, a negligência biológica pode ser compreendida como um defeito no encontro entre o adulto (a mãe) e seu bebê devido à uma deficiência no tratamento recíproco de sinais químicos, psíquicos ou visuais, que lhes impedem de se reconhecer como pertencente a mesma espécie. Neste tipo de negligência, muitas vezes a característica biológica dos pais, em especial da mãe, fica indiferente às necessidades de cuidados e aos problemas das crianças e, às vezes, manifestam uma rejeição ativa e que se exprime na forma de comportamentos violentos. Ela não se sente responsável por prover o bem-estar de seu filho e lhe concede pouco ou nenhum tempo. Há tendência permanente de se retirar fisicamente e

psicologicamente da relação, que ao longo do tempo pode se caracterizar por situação de abandono.

Assim, as fontes de negligência biológica se encontram nas características das pessoas implicadas, que lhes impedem de participar de uma relação saudável. Estas características, segundo o modelo ecossistêmico, emergem das relações do indivíduo e seu contexto de vida, no passado e no presente. Apesar de entender como fundamental o papel dos pais, como parte do bom ou mau *attachement*, muitas das famílias onde este tipo de negligência acontece, o chefe da casa é a mãe e o pai muitas vezes é ausente ou de passagem, sendo assim, o autor focaliza mais os problemas relacionados com a figura materna. Ele cita as principais fontes de problemas de *attachement* biológico que são: a depressão, a doença mental, a toxocomania e os traumatismos.

Dentre as mães depressivas podemos distinguir dois grupos: mães que apresentam comportamentos negligentes seguidos a uma reação depressiva devido a acumulação de fatores estressantes, e outras em que os sintomas depressivos correspondem a uma doença psiquiátrica, sendo nestas os problemas de *attachement* mais importantes e crônicos.

As mães que apresentam problemas no *attachement* devido às doenças mentais, especialmente a esquizofrenia já diagnosticada antes da gravidez, apresentam uma descompensação semelhante à psicose puerperal, caracterizada pela timidez extrema, dificuldade de trocas interpessoais e atitude de isolamento ativo, como por exemplo, recusa de sair do quarto, de sair do leito e de se ocupar do bebê. Nota-se também mudanças súbitas no humor, idéias delirantes e ansiedade profunda devido

ao sentimento de perda do contato com a realidade.

Nas famílias toxicômanas, a negligência é encontrada com maior frequência com crianças na idade pré-escolar. Estudos realizados no Washingtonian Center for Addiction, em Boston (USA) com 200 pais toxicômanos dentre eles, 92 alcoólatras e 108 dependentes de heroína, mostraram que as crianças destas famílias sofrem algum grau de negligência. Os pais não conseguem entrar em acordo com relação aos cuidados e atenção dispensadas às crianças. Este estudo foi com pais que estavam sob tratamento e realizado por Black e Mayer, em 1980, apud Barudy (1997).

O autor, encontra em sua experiência profissional, o fato marcante de que todas as mães com comportamento negligentes foram vítimas de violência na sua infância, foram as carências afetivas que deixaram as maiores marcas no viver destas mulheres. Elas foram espancadas, algumas abusadas sexualmente, mas o que realmente lhes marca é o fato de não sentirem-se amadas. Estas mulheres tratam mal seus filhos, porque foram maltratadas por seus pais e, muitas vezes, têm o sentimento de terem sido abandonadas.

Claud & Towsen apud Oliveira (1998), vem reforçar esta posição quando apontam como razões principais para negligência a falta de amor materno, o fato dessas mães não se sentirem suficientemente amadas na infância, fazendo com que elas, quando adultas tenham as relações muito íntimas e sofram de depressão. Outros fatores podem ser, crises no casamento durante a gravidez ou ainda o não desejo de engravidar naquele momento.

Continuando em sua análise Barudy (1997), apresenta uma tipologia que articula as experiências de vida destas mulheres e seus modos de relações com seus filhos, mas também com outras fontes afetivas que ele distingue em dois grupos específicos, quais sejam,

*-Mães carentes passivas-indolentes:* foram gravemente negligenciadas em suas infâncias, conheceram a separação e os deslocamentos múltiplos. A experiência que fundamenta suas vidas é uma miséria que lhes coloca perpetuamente à procura de cuidados e afeições. Isto explica sua dependência e passividade em relação à todas as fontes de reconhecimento e cuidados. Em geral, estas mulheres não tem antecedentes relacionados a maus-tratos físicos. Seu modo de relacionar-se é caracterizado por uma apatia profunda e a convicção de que nada vale a pena e, ao mesmo tempo, elas têm a tendência de se aproximar de todas as pessoas que possam manifestar um pouco de interesse. Suas relações são superficiais e exprimem suas frustrações na forma de cólera ou de conformidade hostil;

*-Mães carentes ativas-impulsivas:* não foram apenas negligenciadas, mas também sofreram violência psicológica. Elas foram exploradas, por seus pais, e obrigadas a trabalhar, e cuidar de seus irmãos e irmãs. Suas exigências sem limites se exprimem na forma de uma "predação afetiva", caracterizada por uma leve tolerância à frustração e a ausência de empatia para aceitar os limites dos outros. Suas experiências como crianças espancadas, agravado pela intensidade das frustrações acumuladas, lhes forçam a reagir de forma violenta.

Acentua também o autor que, os problemas de *attachement* podem

surgir na díade mãe-filho quando a criança nasce com algum problema físico. Estas dificuldades são quase sempre agravadas, pela incapacidade do pessoal da maternidade no acompanhamento da mãe confrontada com estas situações. Pode ainda, a criança prematura ou que apresenta problemas neonatais, não suportar as estimulações de sua mãe e não corresponder ao que ela espera do seu filho. Muitas vezes, essas situações são agravadas por uma hospitalização mal gerenciada, pelos profissionais que se ocupam da criança, dificultando a ligação desta com seus pais.

### 3.3.2 A negligência cultural

Nessa situação de negligência cultural, Barudy (1997) mostra que os pais frequentemente são portadores de certo tipo de crenças familiares ou grupais perigosas para as crianças, e muitas vezes levam-nas à morte. Outras menos perigosas, são resultados de conhecimentos inadequados sobre os cuidados indispensáveis para assegurar o crescimento e desenvolvimento sadio das crianças. Aqui também encontramos os pais que não sabem como cuidar de seus filhos por absoluta inexperiência.

Aceitar o fato de na família existir negligência cultural é delicado e, às vezes, contraditório. Muitos autores insistem sobre a necessidade de considerar as características culturais de uma sociedade particularmente, no momento de definir a negligência.

Segundo Gabardino e Guillian, apud Barudy (1997), não existe nenhuma fórmula universal em matéria de cuidados adaptados às crianças. Exemplificando o cuidado cultural, o autor descreve o caso de colocar teia

de aranha no umbigo dos recém-nascidos, entre os índios mapuches. Este ritual mágico-religioso levava muitos recém-nascidos à morte por septicemia, só que o fato da morte era também incorporado ao ritual com explicações espirituais, não acarretando assim problemas de origem ética. E, refletindo sobre este fato concreto, esses pesquisadores chegaram à conclusão, após exames bacteriológicos das teias de aranha, que não eram elas a causa principal da morte das crianças, e sim a mistura que era feita com terra, instrumentos e mãos sujas utilizados no ritual. A equipe de pesquisadores iniciaram um trabalho de educação introduzindo, pouco a pouco a idéia de que a teia não precisava ser misturada com terra, e os instrumentos e mãos deveriam estar limpos. O impacto provocado por esta intervenção foi positiva, a crença estava protegida e a mudança na prática de aplicação permitiu salvar muitas crianças.

Esse exemplo ilustra muito bem o cuidado que os profissionais de saúde, detentores de um saber e de várias crenças, devem ter ao defrontarem-se com várias práticas de cuidados culturalmente aceitos e praticados pelas sociedades.

### 3.3.3 A negligência contextual

Esse tipo de negligência advém do ambiente e da exclusão social, portanto não é possível acusar os pais pobres de serem negligentes somente pelos sinais de negligência presentes em seus filhos. É necessário considerar o contexto onde vivem, sem trabalho, nem habitação e, muitas vezes, com o mínimo de dinheiro para alimentá-los. Isto tudo se constitui

uma injustiça que agrava as condições de vida das crianças implicadas.

Com relação à negligência contextual, o modelo eco-sistêmico proposto por Barudy (1997), não acusa simplesmente os pais por negligência, ele auxilia na procura de explicações para estas situações dentro do funcionamento da nossa sociedade, pelas suas estruturas responsáveis pelas desigualdades sociais, como a exclusão e a discriminação. O autor afirma que a maioria das situações em que eles interferiram, as crianças e suas famílias viviam dentro do que chamaram de “*ecologia de sobrevivência*”, que caracteriza-se por uma situação de pobreza, exclusão social e marginalidade de origem histórica.

Se considerarmos os indicadores clássicos, mais da metade das crianças pobres dos países pobres e todas as crianças pobres dos países ricos deveriam ser consideradas como negligenciadas. Do ponto de vista ecológico, parece evidente que a causa da negligência não se acha apenas nos indivíduos, nas interações familiares ou nas situações de injustiça social que caracterizam os países de terceiro mundo, dentre eles o Brasil, ela provém de uma injustiça maior, global, que divide o mundo em sociedades ricas e pobres.

Observações feitas pelo autor, permitem dizer que a pobreza determina o contexto de vida das famílias, com modelos de comportamentos e de crenças que se transmitem de geração para geração, que parecem ser estratégias de adaptação ao meio injusto e carente. A pobreza induz um funcionamento familiar, que à vista dos pesquisadores poderia ser considerado caótico, predador e eventual, mas que é talvez a única alternativa de adaptação.

O isolamento social e a marginalidade acompanha frequentemente o viver dessas famílias. Polansk e Chalmers apud Barudy (1997) definiram que as mães negligentes tem algo em comum: *elas são profundamente sós*. O isolamento das mães negligentes é agravado pelo fato que elas, na maioria dos casos, são os chefes das famílias monoparentais ou que participam de um modelo familiar matriarcal, onde a presença do homem é esporádica e inconsistente. As estatísticas demográficas brasileiras mostram que a maioria dos lares das grandes cidades estão sob o comando das mulheres, fato ligado diretamente com a questão de provedora de recursos materiais para o sustento da família. Sabemos também que muitas destas mulheres apesar de sustentarem suas famílias, mantêm relações conflituosas com os companheiros, e que estes não exercem funções parentais com a prole.

O autor diz que, uma síntese das pesquisas feitas por Micheline Mayer - Renaud em 1985, no Centro de Serviço Social de Montreal, mostrou que as famílias monoparentais estão em números expressivos dentre as famílias negligentes. Podemos pensar que as mulheres estão sós no provento dos lares e não conseguem cuidar adequadamente de suas crianças?

Assim, o isolamento consecutivo e a pobreza reforçam o risco de negligência, à medida que os pais são excluídos do funcionamento social e não tem acesso aos conhecimentos de modelos de cuidados adequados para seus filhos. Eles sentem-se incapazes frente às críticas sociais que lhes designam de maus pais, e com isto reforçam suas frustrações permanentes de serem amados e reconhecidos.

Podemos concluir, concordando com Barudy (1997) que as famílias pobres são negligentes porque elas são pobres; sendo pobres, são facilmente isoladas. Desse modo, a sua pobreza as deixa mais dependentes da rede de suporte social. Sem o suporte mínimo indispensável, elas não se beneficiam dos contatos sociais que poderiam amenizar as tensões e permitir o combate de parte das consequências da pobreza.

### **3.4 As consequências da negligência nas crianças**

O autor em estudos mostra, que as *crianças negligenciadas* sem tratamento podem sofrer a ausência ou a insuficiência crônica de cuidados nos níveis de saúde, psicológico, afetivo e cognitivo. Elas podem ser mal alimentadas, sujas, mal vestidas (em relação ao clima), deixadas sem supervisão durante longos períodos, privadas de afeto pelos seus pais e pela família que lhes ignora e rejeita. Seus problemas de saúde são muitas vezes ignorados e relegados. Elas podem ser privadas da estimulação necessária a um desenvolvimento cognitivo adequado. Muitas destas crianças chegam aos serviços por outras causas, sendo após diagnosticado a negligência.

Destaca que as consequências da negligência física sobre a criança são múltiplas, desde o retardo de crescimento devido a má-nutrição até a noção de nanismo psicossocial, quando as deficiências alimentares são acompanhadas de deficiências sociais e afetivas importantes. A criança negligenciada se considera como uma criança à parte. Sua falta de higiene, assim como sua roupas inapropriadas e sujas, despertam a rejeição por

parte dos adultos e sobretudo de seus colegas de escola, seu aspecto e seu odor podem afastar todos que estão à sua volta, ampliando as conseqüências da negligência afetiva intrafamiliar pelo isolamento social. São deixados muitas vezes sozinhos, ou ainda sobre os cuidados de outras crianças, que não têm maturidade para tal, muitas crianças ficam à mercê de acidentes e agressões. Elas são as vítimas prediletas de abusos sexuais por parte de pedófilos e de outras violências. Nos países industrializados, onde os pais passam o dia fora de casa, eles são chamados de “comme les enfant á la cle”, pois desde pequena idade eles guardam a chave de casa em torno do pescoço. Nos países pobres, onde muitas vezes a casa ou o barraco nem chave tem, estas crianças ficam nas ruas, onde estão expostas a todo o tipo de violência. No Brasil, principalmente nas grandes favelas, essas crianças são usadas como “olheiros”, ou ainda como “aviões” para as quadrilhas de narcotráfico.

A negligência afetiva, aponta o autor, existe dentro de certas famílias, nas quais não existe maus-tratos físicos, mas há negligência psicológica mais severa, acompanhada de violência psicológica. Muitas destas famílias são, com freqüência, o que poderíamos chamar “privilegiadas”. As crianças não são agredidas fisicamente, elas possuem abrigos, roupas e alimentos, mas são vítimas da rejeição ou indiferença dos pais. A negligência afetiva pode ter um impacto sobre o crescimento físico da criança. A psiquiatria identificou os critérios diagnósticos para a reação corporal à problemas afetivos, que correspondem ao retardo de crescimento do bebê por causa não orgânica, relacionada com a carência afetiva.

Cantwell apud Barudy (1997, p.93) descreve as características dos

pais negligentes afetivos como:

*Ces parents non sont pas du tout démonstratifs; ils regardent très peu leur enfant, ne lui parlent presque pas, ne lui montrent pas beaucoup d'intérêt et quand ils sont avec les autres adultes, ils oublient rapidement leur existence.<sup>4</sup>*

A ausência de afeição, de empatia, de aceitação, de estimulação tanto afetiva como cognitiva (falar, tocar...), tornam os cuidados evidentemente instáveis.

O processo existencial das crianças negligenciadas, bem como seu desenvolvimento moral, são compostos pelo resultado de uma parte do caráter traumático da experiência e de outra parte dos mecanismos de adaptação que a criança é obrigada a desenvolver.

Diz ainda que, as conseqüências traumáticas desta experiência são evidentes. A criança negligenciada recebe o tempo todo a mensagem “*você não é digno de nosso amor, nem muito importante para nos interessar e fazer com que nos ocupemos de ti*” (p.93). O conteúdo traumático da experiência de negligência afetiva se exprime por uma baixa auto-estima e sentimento de inferioridade.

As mensagens transmitidas pelo comportamento negligente e algumas vezes reforçados por palavras, vão pouco a pouco desenvolvendo nas vítimas, uma tristeza profunda e ansiedade crônica.

---

<sup>4</sup> “Este pais não são muito de demonstrar, eles olham muito pouco seus filhos, quase não lhes falam, não lhes mostram muito interesse e quando estão com outros adultos esquecem rapidamente a existência das crianças” (Tradução livre).

Para ele, as crianças mal amadas nutrem uma visão distorcida de si mesmo e do mundo que está à sua volta. Elas podem desenvolver uma visão ameaçadora do mundo, e sua vivência depressiva se explica pelo fato que a parte mais importante de seu mundo, a mais importante para ele, rejeita-o . A criança carente tende a projetar seus sentimentos de frustrações, de hostilidade, de insegurança e de inadequação sobre tudo que está ao seu redor.

Assim, as situações de negligência não provocam apenas o sofrimento das crianças, mas as obrigam a investir parte de sua energia psíquica para desenvolver comportamentos de adaptação. Seu modo de relacionar-se é caracterizado por movimentos de dependência ou de retração. Face à indiferença de seus pais, elas tornam-se muito dependentes de outros adultos. Elas procuram afeição, não importando quem a oferece, colocando-as muitas vezes em situações de risco. Dentro do contexto social (escola, creche,...) elas podem tornar-se possessivas, muito exigentes, procurando sempre um contato físico, deixando muitas vezes todos que estão à sua volta muito angustiados.

A dependência pode também transformar-se em retração. Para se proteger de mais sofrimentos, da decepção e da frustração, a criança pára de procurar a afeição e dissimula suas emoções e, em isolar-se emotivamente, ela torna-se incapaz de estabelecer relações calorosas e duráveis.

Uma outra possibilidade apontada, face a frustração, é colocar-se dentro de um universo fantasioso, em que a criança, para se proteger contra a dor, imagina-se um personagem todo-poderoso que não precisa de

ninguém a não ser dela própria.

Os problemas de comportamentos da criança carente para despertar atenção das pessoas a sua volta são múltiplos: fazem palhaçadas, adotam comportamento de bebês, fazem muitas bobagens e traquinagens, se ridicularizam e muitas vezes se auto-mutilam. O comportamento que mais chama a atenção dos educadores é o roubo. Lemay apud Barudy (1997, p. 96) faz uma explicação importante em relação a este sintoma, quando fala da “delinqüência do carente”. Segundo ele, a criança carente rouba para compensar a falta de emoções em que vive. Elas roubam sobretudo objetos simbólicos e alimentos, e muitas vezes roubam dinheiro para comprar presentes, numa tentativa vaga de fazer amigos.

O arsenal usado pelas vítimas da negligência para sobreviver é muito grande, como por exemplo os problemas alimentares, especialmente a obesidade, a utilização de drogas e da erotização das relações interpessoais.

### **3.5 Os profissionais de saúde e a violência doméstica**

Procurei neste item agregar as pistas, ou indícios que certamente facilitarão o reconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, das diversas formas de violência doméstica. Estas servem, quem sabe, num futuro próximo, para que possamos estar mais capacitados a reconhecer o fenômeno e agir de forma eficaz sobre o mesmo. Também é reconhecido que o aumento do conhecimento gera o aumento dos diagnósticos, e com isto, aumentam os registros, chegando aos níveis que gostaríamos de

fidelidade com a realidade.

Segundo Deslandes (1994, p.20) algumas pistas podem ser úteis para auxiliar os profissionais de saúde a identificarem ou suspeitarem de um caso de maus-tratos. São *“pistas que levam os profissionais a buscarem a consolidação e padronização de critérios diagnósticos”*.

Apresentarei a caracterização dos tipos de violência, segundo o Ministério da Saúde apud Brasil (1993) que, complementadas com as pistas de reconhecimento baseadas em Deslandes (1994) e Barudy (1997), servirão para auxiliar os profissionais da saúde.

### **3. 5. 1 Pistas para identificação de violência física**

A **Violência física** corresponde ao uso de força física, no relacionamento com a criança ou o adolescente por parte de seus pais ou por quem exerce autoridade no âmbito familiar. Esta relação de força baseia-se no poder disciplinador do adulto e desigualdade adulto-criança. A falta de consenso sobre atos e comportamentos considerados violentos, se relaciona ao fato do tema estar amplamente permeado por padrões culturais.

Nesta caracterização de violência, encontramos a Síndrome da Criança Espancada, descrita por Kempe e Silvermam, em 1961, (visto nos capítulos anteriores). Geralmente essas lesões ocorrem em épocas diversas, bem como em diferentes etapas e sempre são inadequadas e inconsistentemente explicadas pelos pais.

Deslandes (1994), aponta algumas pistas para detectar violência

física, a seguir:

- *Indicadores físicos da criança/adolescente*: presença de lesões físicas como queimaduras, feridas, fraturas que não são adequadas á causa alegada. Ocultamento de lesões antigas e não explicadas;

- *Comportamento da criança/adolescente*: muito agressivo ou apático. Extremamente hiperativo ou depressivo; assustável ou temeroso; tendências autodestrutivas; teme aos pais; alega sofrer agressão dos pais; alega causas pouco viáveis às suas lesões; apresenta baixo conceito de si; foge constantemente de casa; tem problemas de aprendizagem;

- *Características da família*: oculta as lesões da criança, ou as justifica de forma não convincente ou contraditória; descreve a criança como má e desobediente; defende a disciplina severa; abusa do álcool e/ou drogas; tem perspectivas irreais da criança; tem antecedentes de maus-tratos na família de origem.

### 3.5.2 Pistas para a identificação de violência sexual

Para Azevedo e Guerra apud Brasil ( 1993 p. 13),

*a **violência sexual** configura-se como todo o ato ou jogo sexual, relação direta hetero ou homossexual, entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimular sexualmente esta criança ou adolescente ou utilizá-los para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa.*

Essas autoras são enfáticas ao afirmar que nessas ocorrências em que há sempre o prazer direto ou indireto do adulto, conseguido pela

coerção ou sedução, a criança é sempre VÍTIMA e não poderá ser transformada em RÉ.

Segundo Deslandes (1994), as pistas para reconhecimento da violência sexual são as seguintes:

- *Indicadores físicos da criança/adolescentes*: dificuldade em caminhar. Apresenta nas áreas genitais ou anais: dor ou inchaço; lesão ou sangramento; infecções urinárias; secreções vaginais ou penianas; baixo controle dos esfíncteres. Podem apresentar doenças sexualmente transmissíveis; excessiva vergonha; enfermidades psicossomáticas, alega ter sido abusada;

- *Comportamento da criança/adolescente*: vergonha excessiva; auto-flagelação; comportamento sexual inadequado para sua idade; regressão a estado de desenvolvimento anterior; tendência suicida; fugas constantes de casa;

- *Características da família*: muito possessiva com a criança, negando-lhe contatos sociais normais; acusa criança de promiscuidade ou sedução sexual; o agressor pode ter sofrido esse abuso na sua infância; acredita que a criança tem atividade sexual fora de casa; crê que o contato sexual é uma forma de amor familiar; conta histórias alegando outro agressor para proteger membro da família.

### **3.5.3 Pistas para a identificação de violência psicológica**

A **Violência psicológica** apresenta-se de diversas formas, é também chamada de "tortura psicológica", evidencia-se como a interferência

negativa do adulto sobre a criança e sua competência social, conformando um padrão de comportamento destrutivo. São seis as mais estudadas para CLAVES, Gabarino e Ruiz, apud Brasil (1993 p. 13):

- *“rejeitar: quando o adulto não aceita a criança, não reconhece seu valor, nem a legitimidade de suas necessidades;*
- *isolar: o adulto afasta a criança ou o adolescente de experiências sociais habituais à idade, impedindo de ter amigos e fazendo crer que ela ou ele está só no mundo;*
- *aterrorizar: o agressor instaura clima de medo, faz agressões verbais à criança, a atemoriza e a faz crer que o mundo é hostil;*
- *ignorar: o adulto não estimula o crescimento emocional e intelectual da criança ou do adolescente;*
- *criar expectativas irreais ou extremadas sobre a criança e o adolescente;*
- *corromper: ato do adulto induzir a criança ou adolescente à prostituição, ao crime, ao uso de drogas”.*

A violência psicológica é a que menos se fala, pois acontece dentro dos lares, e é a forma mais comum de dominação de pais sobre filhos.

Segundo Deslandes ( 1994 ) as pistas para identificar a violência psicológica são as seguintes:

- *Indicadores físicos da criança/adolescente:* problemas de saúde; obesidade; afecções da pele; problemas de tartamudez; comportamento infantil; urina na roupa ou cama; chupa dedo;

- *Comportamento da criança/adolescente:* problemas de aprendizagem, comportamentos extremos de agressividade ou de timidez; destrutivo ou autodestrutivo; problemas com o sono; baixo conceito de si; depressivo; apático e com tendências suicidas;

- *Características da família:* tem expectativas irreais sobre a criança;

rejeita; aterroriza; ignora; isola; exige em demasia; corrompe. Descreve a criança como muito má e diferente das demais.

### **3.5.4 Pistas para identificação de negligência**

A **Negligência** está caracterizada e amplamente descrita no ítem 3.3 Negligência na Família, porém deixamos algumas das pistas descritas aqui entendendo que facilitará a leitura. Segundo Deslandes ( 1994 ) as pistas para identificar os casos de negligências são:

- *Indicadores físicos da criança/adolescente:* padrão de crescimento deficiente; apresenta vestimentas inadequadas ao clima e muitas vezes sujas; problemas físicos ou necessidades não atendidas; fadiga constante e pouca atenção; em casa fica só ou cuidando de seus irmãos por longos períodos;

- *Comportamento da criança/adolescente:* comportamentos extremos, hiperativo ou hipoativo; assume responsabilidades de um adulto; comportamentos infantis ou depressivos; contínuas ausências ou atrasos à escola e consultas médicas; comportamentos delinqüentes (vandalismo, prostituição, drogas); ele pede ou rouba alimentos; diz que não tem ninguém para lhe cuidar;

- *Características da família:* apática e passiva; não parece se preocupar com a situação da criança; não busca resolver as necessidades de atenção da criança; baixa auto-estima; abusa de álcool e/ou drogas; apresenta severo desleixo com a higiene e aparência pessoal; funcionamento caótico do cotidiano; apresenta uma patologia psiquiátrica ou alguma debilidade mental; foi também vítima de negligência na infância.

### 3.5.5 Responsabilidades profissionais frente às leis

Além do conhecimento dos fatores que se evidenciam nas vítimas de maus-tratos e nas suas famílias, os profissionais de saúde, cidadãos esclarecidos, têm obrigações legais, com relação ao cumprimento do ECA, quais sejam:

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

Este artigo está inserido no TÍTULO II - Dos Direitos Fundamentais  
Capítulo I, Dos Direitos à Vida e à Saúde.

Nogueira (1991 p. 21), ao comentar os artigos do ECA, diz que como direitos de qualquer pessoa há que se colocar em evidência os direitos à vida e à saúde, pois, como diz o ditado, "*a vida é realmente o único bem que a pessoa tem*", já que os outros virão por acréscimo. Mas, é ter presente também que a vida sem saúde constitui um grande sacrifício para a pessoa.

Nesse mesmo capítulo, há previsão de atendimento pré, peri e pós natal, preferencialmente pelo mesmo médico, através do Sistema Único de Saúde (SUS), quando sabemos que o atendimento médico por este sistema é precário, insuficiente e falho, já que a sua clientela está sempre insatisfeita pela falta de recursos e profissionais. Assim descrito:

**Art. 245: Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra à criança ou adolescente:**

**Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.**

O artigo 245 está inserido no CAPÍTULO II - Das Infrações administrativas.

Comentando esse artigo, Nogueira (1991) afirma que se trata de crime próprio ou especial dos profissionais acima citados, qualquer pessoa que tomar conhecimento de maus-tratos à criança ou ao adolescente. Deve-se avisar a polícia, pois é crime de alçada pública incondicionada.

Portanto, podemos concluir que qualquer pessoa, em qualquer circunstância que venha a saber de qualquer tipo de agressão tanto à criança ou ao adolescente tem a obrigação legal de denunciar, sob pena de ser enquadrado como omissão.

É importante enfatizar que no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no Capítulo V, das proibições, o art. 52 "*provocar, cooperar ou ser conivente com maus tratos*", embora não especifique a vítima e fica claro a postura profissional e as penalidades estão previstas no próprio código.

Além das questões legais que dizem respeito a todos profissionais de saúde, inclusive enfermeiros, constatamos uma crescente preocupação por parte destes, particularmente dos enfermeiros pediatras, que estão em contato direto com as crianças e suas famílias.

### 3.5.6 A enfermagem frente à violência doméstica

Sobre a questão da enfermagem frente à violência contra criança, e os sentimentos dos enfermeiros, Brêtas et al ( 1994, p. 6) descrevem o que chama de *“paradoxo emocional”*, pois os enfermeiros pediatras são formados num contexto que os leva a acreditar que as crianças e suas famílias constituem unidades. Estas unidades denominadas psicológica e social segundo os autores, é rompida frente a um caso de incidente de abuso ou negligência, que costumeiramente resulta numa resposta de justa raiva, por parte dos enfermeiros.

Os autores ainda chamam a atenção para a difícil tarefa de se confrontar e de ter que controlar os sentimentos com relação aos adultos que maltratam crianças, ainda mais quando trata-se de seus próprios pais. Isto requer uma estrutura na qual se possa identificar os próprios sentimentos nessas situações, para planejar a assistência de enfermagem. Os mesmos autores referem que *“os enfermeiros precisam ter conhecimento do problema, que é maior que as idéias dramáticas e extremas já mencionadas, para cumprir sua responsabilidade profissional. legal e moral ao comunicar um caso suspeito de abuso e abandono de crianças”*.

Inobstante, a questão legal de direitos da criança e adolescente, acredito que o problema da violência passa pelo foro íntimo de cada pessoa, ou profissional de saúde. Refletindo sobre isto, Eidt<sup>5</sup> chama os

---

<sup>5</sup>Olga Eidt, em palestra no Seminário de Saúde Integral da Criança, março de 1996, referindo-se a responsabilidade do profissional de saúde frente às agressões e também vendo-se como agressor em potencial.

enfermeiros para pensar, quando diz: como manter-se intocado frente á uma criança agredida? Como atuar, quando nossos currículos não nos preparam? Como não sermos também agressores? As agressões a que ela se refere, são atos diluídos no nosso cotidiano, quando não damos chance ou possibilidade de escolha para as crianças, adolescentes e famílias em participar de forma ativa no tratamento ao qual estamos expondo-os, quando as regras e as rotinas dificultam as interações entre a mãe e o recém-nascido, quando o horário de visitas não favorece a visita do pai que trabalha todo o dia ou só permitem visitas dos pais, impedindo avós e tios. Enfim atos e atitudes que fazem a diferença entre um serviço voltado para o ser humano, e outro, nem sempre com as mesmas intenções e, de forma velada, se age mais como agente de arbitrariedades, perpetuando atos de violência.

Também com esta preocupação, Biehl (1997 p. 25), na sua magnífica dissertação de mestrado, intitulada *Criança hospitalizada por maus-tratos: o cuidado e o significado das vivências de cuidados de enfermagem*, traz os questionamentos e angústias vividas pela equipe de enfermagem que está diretamente ligada às crianças vítimas de maus-tratos., como por exemplo : “O que se passa no mundo interno destas crianças? Como ajudá-las? Como conhecê-las melhor? Como cuidá-las? Como interagir com suas famílias durante a hospitalização? Dentre outros. A autora diz que esses questionamentos motivaram-na, e fizeram-na perceber que a assistência de enfermagem, “tradicionalmente desenvolvida era segmentada, sendo pouco valorizada a vivência profissional dos cuidadores destas crianças e suas famílias”. Em razão desta percepção, a autora desenvolveu uma proposta

chamada de *“Construindo um cuidado interativo com os cuidadores de enfermagem à criança internada por maus-tratos: uma prática no Ateliê de vivências”* ( Biehl, 1996 ). O objetivo deste Ateliê, foi a construção, a partir das vivências e expectativas dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, uma prática assistencial às crianças maltratadas, um cuidado interativo com significados ao cuidador e ao ser cuidado.

Trazendo um pouco de história sobre o envolvimento dos profissionais de saúde com a temática dos maus-tratos, no Rio Grande do Sul, mais especificamente em Porto Alegre, Biehl ( 1997 ) salienta que o Comitê dos Direitos das Crianças do Hospital Santo Antônio, foi o pioneiro no país, e idealizado pelo Dr. Franklin Farinatti. A autora fez parte desde a fundação deste Comitê, que também contava e conta com a presença de assistente social, psicóloga, representantes da equipe médica e enfermeiras da unidade de internação. Como é possível perceber, a composição do Comitê é interdisciplinar, onde vários profissionais, somam esforços e opiniões, sobre a melhor maneira de assistir crianças vítimas de qualquer das formas de maus-tratos. Também chama atenção para o importante papel da enfermagem, por ser o profissional envolvido durante todo o processo de internação da criança, e que, está em contato mais estreito com a família, na unidade de internação.

Além do esforço dos enfermeiros que estão diretamente assistindo crianças a nível hospitalar, a divulgação de informações sobre a temática, para Brêtas et al ( 1994), será o fator que poderá acarretar mudanças no comportamento dos enfermeiros, e para tal, sugere a inclusão do tema “vitimização da criança” como unidade dos programas das disciplinas de

Enfermagem Pediátrica, conforme o que aconteceu no Departamento de Enfermagem da Escola Paulista de Medicina, ao qual está ligado. Eles chamam para a Universidade a responsabilidade, enquanto “*locus*” de produção de conhecimento, de formar profissionais capazes de combater à violência contra a infância. Ainda, pontuam que o enfermeiro deve incluir ações de identificação, tratamento, avaliação e o encaminhamento para outros profissionais especializados, bem como devem proporcionar apoio emocional a criança vitimizada. Chamam atenção para o importante papel do enfermeiro nos grupos multiprofissionais que trabalham contra a vitimização de crianças. E que estes nunca devem omitir atos de violência para com crianças e adolescentes.

A partir destas reflexões levadas por enfermeiros de algumas frentes de combate a vitimização de crianças e adolescentes, penso que ainda falta muito para a enfermagem, assim como para a sociedade em geral fazer com relação ao efetivo envolvimento com a temática. Cabe a nós enfermeiros e cidadãos, a responsabilidade de escrever, pois temos pouca literatura referente á enfermagem , pesquisar sobre formas de melhor assistir, ensinar e desmitificar a temática dentro das escolas e universidades, assistir crianças, adolescentes e suas famílias, visando a minoração do sofrimento destas.

## **4 TRAJETÓRIA TEÓRICO-METODOLÓGICA**

### **4.1 O marco referencial**

Ao iniciar o envolvimento com a temática da negligência nos cuidados de saúde, desenvolvida na disciplina da Prática Assistencial com o título - "Projeto de assistência de enfermagem à família da criança negligenciada: uma proposta inicial" - busquei o respaldo teórico na Constituição Brasileira de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente, por entender que as ações advindas desta assistência deveriam estar em consonância com os princípios básicos existentes nestes referenciais de organização social.

Para a compreensão da escrita jurídica dos artigos, minhas leituras foram derivadas para autores diversos que interpretam e comentam tanto o Estatuto como a Constituição. Encontrei nesta revisão dados importantes para utilização na nossa prática assistencial, fazendo valer a premissa da ação interdisciplinar para uma melhor compreensão do fenômeno da negligência nos cuidados de saúde.

Percebi durante a Prática Assistencial, que não poderia "ver" apenas a negligência nos cuidados de saúde, como uma atitude violenta da família contra a criança ou adolescente de forma isolada, descontextualizada da violência estrutural onde encontram-se as famílias deste estudo, e para melhor compreensão do fenômeno busquei aprofundar a temática na literatura e em modelos de assistência existentes sobre violência, violência doméstica, tendo como exemplo os trabalhos de Minayo, Deslandes,

Azevedo e Guerra a nível nacional e, Manciaux, Barudy e Hochart a nível internacional, dentre outros.

Após a revisão de literatura, senti a necessidade de retomar os dados colhidos com as famílias e fazer uma nova discussão, refletindo estes à luz dos referenciais.

Entendo que o marco conceitual é também uma construção pessoal, permeada por valores, crenças e expectativas, sendo assim, a minha trajetória no GAPEFAM, o contato com famílias e a experiência em gerenciar um programa federal na área de saúde da família, foram sendo somados e interiorizados, passando a fazer parte do meu crescimento e bagagem teórico-metodológica para trabalhar com esta temática.

Analisando o GAPEFAM no que diz respeito à construção do seu referencial teórico, Penna (1994 p. 83 ) identificou princípios que norteavam o trabalho do grupo. Com o desenvolvimento de outros trabalhos e projetos, alguns princípios foram sendo modificados, agrupados e inseridos. Hoje podemos, sintetizá-los da seguinte forma:

*"A família é uma unidade constituída por indivíduos que interagem entre si, com outros indivíduos e grupos";*

*"A unidade familiar apresenta uma estrutura e organização que lhes são próprias";*

*"A unidade familiar é uma instituição social que está em constante interação com o meio ambiente";*

*"A unidade familiar organiza/ interage /atua em um ambiente intra, assim como, em um ambiente extra-familiar";*

*"A unidade familiar busca atender às necessidades de crescimento e*

*desenvolvimento de seus membros";*

*"O ambiente e a família interagem dinamicamente";*

*"O profissional trabalha com família em um processo dinâmico de interação";*

*"A família é ativa em sua assistência";*

*"A família tem direitos e responsabilidades";*

*"A assistência à família requer uma visão interdisciplinar".*

Associei a estes princípios, meus pressupostos, que entendo serem básicos para o desenvolvimento do trabalho. Posso ainda chamá-los de hipóteses, crenças ou valores, quais sejam:

- ⇒ a questão da violência e negligência contra crianças e adolescentes é um problema de saúde comunitária e pública;
- ⇒ a família é o principal vínculo da criança e adolescente com o mundo, e para isso deve ser fortalecida e auxiliada;
- ⇒ o lugar de criança é com a família;
- ⇒ a comunidade, a sociedade e o governo são responsáveis pelo cumprimento de leis que protejam crianças e adolescentes nos seus direitos à cidadania;
- ⇒ a família é uma unidade de cuidados;
- ⇒ a negligência é um dos tipos de violência doméstica, e quase nunca é a causa principal da denúncia;
- ⇒ a enfermeira deve estar atenta a todos os sinais ou pistas de violência doméstica, assim como os outros profissionais de saúde.

Como sujeito da assistência de enfermagem, escolhi a *família negligente nos cuidados de saúde de criança e adolescente* e, associei às

ações previstas na Planilha para Operacionalização do Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>7</sup> aos elementos do referencial teórico do GAPEFAM, e aos meus. Sendo assim contemplei a questão do crescimento e desenvolvimento da criança e da família, e suas interações intra e extra-familiares.

Posso dizer que fiz um "casamento" da Planilha, onde a criança e o adolescente são os sujeitos da ação, com a visão da família destes, ou seja, não fiquei restrita ao diagnóstico da situação da criança, ampliando para situação familiar.

No desenvolvimento da prática reproduzi o processo de enfermagem que aprendi no GAPEFAM<sup>8</sup>, por ser o que conhecia para trabalhar com famílias e por contemplar os momentos que julguei importantes. Esse processo, descreverei junto a reflexão dos achados da Prática Assistencial, entendendo este como uma construção que realizamos junto às famílias.

## 4.2 Conceitos utilizados

### Negligência<sup>9</sup>

A negligência ocorre devido a dificuldade na interação entre os

---

<sup>7</sup> Esta planilha foi desenvolvida pelo Centro de Estudos do Crescimento e Desenvolvimento Humano, da Universidade de São Paulo para desmistificar e fazer que todos sejam capazes de compreender a linguagem jurídica dos artigos. Tem como objetivo a explicação dos pressupostos do ECA para as áreas da saúde e educação.

<sup>8</sup> Composto pelos passos: incluindo a família no projeto; conhecendo a realidade da família em seu contexto social; definindo a situação; agindo sobre a situação e redefinindo a situação.

<sup>9</sup> Baseado no conceito de maltrato de Ribeiro (1990), acrescentado a definição encontrada na Planilha para Operacionalização de ECA (CDH, 1992).

membros da família, ambiente físico, simbólico e sociedade. Envolve atos de omissão, nos quais os adultos responsáveis não provém adequadamente os "nutrientes" para o corpo e psiquismo, não oferecem supervisão e proteção adequada e estão física e emocionalmente indisponíveis para com a criança (Farinatti, 1993). Tais falhas só podem ser consideradas abusivas quando não são devidas à carência de recursos sócio-econômicos (Azevedo e Guerra, 1989).

Definimos como situação de negligência, a representação de uma situação de negligência tanto no aspecto social, educacional e de saúde, ocasionado pelo pai e/ou mãe em seus próprios filhos, assim como entre eles mesmos, devido a dificuldade de interação. Está relacionada e recebe influência do ambiente físico, simbólico e da sociedade. A consistência de seus indicadores denotará se é crônica ou periódica; freqüente ou rara ou ainda episódica.

### **Enfermagem à família negligente<sup>10</sup>**

É uma profissão que, através da interação, presta assistência às famílias negligentes, utilizando o conhecimento próprio e de outras áreas de saber, para auxiliá-los a atingir e a manter a saúde familiar. Presta assistência levando em consideração os símbolos, significados e valores da família em relação à negligência, assim como a sociedade, ambiente simbólico e físico no qual a família se insere consiste no desenvolvimento de reflexões, decisões e atividades específicas com a família, onde a

---

<sup>10</sup> Conceito baseado em Ribeiro (1990), GAPEFAM e Patrício (1990).

enfermagem e a família em um processo de ensino-aprendizagem participativo, buscam conhecer-se mutuamente, compartilhando e negociando conhecimentos, crenças e valores para agirem sobre as situações. A enfermagem através dos componentes do cuidar, busca uma melhor assistência à família.<sup>11</sup>

## **Família<sup>12</sup>**

Família é uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por determinado espaço de tempo, com uma organização para atingir objetivos comuns construindo uma história de vida. Os membros da família estão unidos por laços consangüíneos, de adoção, interesse e/ ou afetividade. Tem identidade própria, possui e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico. A família tem direitos e responsabilidades, vive em um determinado ambiente em interação com

---

<sup>11</sup> São componentes do cuidar, segundo PATRÍCIO (1990 p.143), baseado em LEININGER: *confortar, comprometer-se, prevenir, contornar, agir para, adotar atitude com respeito à, ter sensibilidade, ter consideração, trocar idéias, coordenar para, enfrentar com, facilitar, ser generoso para, alertar para, esclarecer, informar, orientar, reforçar, demonstrar interesse, empenhar-se, fazer favor, gentilezas, ouvir atentamente, amar, valorizar, estar presente, proteger, estar aberto à outra pessoa, dispensar atenção, respeitar, aceitar, lutar com, estimular, desafiar, socorrer, amparar, supervisionar, executar ações técnicas/físicas, compreender, trocar experiências, calar, meditar com, limitar, aliviar a dor, fazer por, dedicar-se, promover conhecimentos, vigiar, dialogar, demonstrar estar dando importância, preservar integridade e individualidade do outro, demonstrar sentimentos de ternura (tocar, acariciar, abraçar), executar medidas de prevenção de doenças e promoção da saúde, incluindo cuidados de promoção de afetividade entre seus membros, tratar, reabilitar problemas físicos, respeitar características individuais (potencialidades e limitações, valores, crenças e objetivos), demonstrar confiança e desenvolver a auto-confiança, esperança e coragem nos demais, dar presentes, auxiliar na busca de recursos e a identificar e lutar pelos seus direitos, ajudar as pessoas a usarem sua liberdade e a aceitarem responsabilidades pela própria existência, auxiliar as pessoas a identificarem e utilizarem seus recursos individuais, familiares e comunitários.*

<sup>12</sup> Conceito construído e utilizado no GAPEFAM.

outras pessoas e famílias, em diversos níveis de aproximação. Define objetivos e promove meios para o desenvolvimento contínuo de seu processo de viver.

Famílias negligentes são duas ou mais pessoas, pai e/ou mãe e filhos, e ainda parentes ou apenas amigos (família ampliada) que convivem em um ambiente físico e simbólico, independente ou não da existência de laços sangüíneos, contratos ou leis e que possuem dificuldades na interação de seus membros. Nessas famílias a negligência acontece de acordo com os seus símbolos, significados e valores, os quais são apreendidos através da interação dentro da família e da interação com a sociedade.

### **Ser humano<sup>13</sup>**

É um ser único, reflexivo, criativo, com características próprias conferidas por sua consangüinidade familiar e com o que desenvolve durante seu processo de viver. Interage com outros seres, unidos a eles por laços de consangüinidade, de adoção, de interesse e/ou afetividade constituindo uma família.

É um ser social que interage com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação e em condições de lazer ou trabalho, afetividade ou interesse. Aprende de sua família e do ambiente em que vive crenças, valores e conhecimentos, adquirindo outros, compartilhando-os e criando novos, desenvolvendo-se em seu processo de viver e constituindo

---

<sup>13</sup> *idem.*

sua história, bem como de sua família. Tem liberdade de expor suas dúvidas e sentimentos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo apoio à sua família e a outras, assim como dá apoio ao ser solicitado. Respeita a individualidade das outras pessoas. Ao interagir dinamicamente com seu ambiente, transforma e é transformado, promovendo e provendo meios para o desenvolvimento contínuo de viver assim como o de sua família.

### **Ambiente<sup>14</sup>**

É o meio físico, social, cultural, econômico, político e simbólico com o qual a família e comunidade interagem dinamicamente. É constituído por todos os seres e as relações existentes entre eles, formando um conjunto de crenças, valores que determinam o processo de viver, sem negar a própria condição humana reflexiva de auto-determinar-se e reagir, conhecendo e criando novos valores e crenças que podem provocar mudanças onde estão inseridos. Nele, a família e os indivíduos que a constituem, interagem com outros seres, e as demais instituições em diversos níveis de aproximação, em condições de lazer ou trabalho, afetividade ou interesse, em um processo dinâmico e contínuo para transformarem o ambiente e serem transformado por ele, construindo história de vida que determinam o processo de viver do ambiente.

### **Saúde**

---

<sup>14</sup> Conceito sugerido por Penna (1992) ao analisar os conceitos do GAPEFAM.

Buscamos em Brasil (1997) o conceito de saúde que está escrito na Constituição de 1988, entendendo que este, norteia todas as ações e responsabilidades do Estado frente a sociedade.

*Art. 196 A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*

Entendo, ainda saúde como um processo dinâmico do “contínuum” saúde-doença, no qual o ser humano busca seu bem viver, no somatório do meio ambiente onde desenvolve suas relações e o seu ser biológico.

#### **4.3 Caracterização do estudo**

Este estudo caracteriza-se por uma reflexão crítica da Prática Assistencial, desenvolvida junto com famílias negligentes nos cuidados de saúde de seus filhos. Busquei com o desenvolvimento dessa temática, destacar a trajetória da enfermeira no cuidado às famílias negligentes, reconhecer o fenômeno da negligência nos cuidados de saúde e suas implicações jurídicas/legais. É fundamental entender esse estudo como uma construção, que teve o seu início, na Prática Assistencial, passando pelo aprofundamento da revisão de literatura e pela releitura dos dados iniciais, chegando à reflexão destes, com os autores, e por fim ao Processo de Cuidar de Famílias em Situação de Negligência, quando aponto os caminhos para cuidar de famílias.

A opção pelo estudo qualitativo deve-se em razão de que este “permite o contato direto e prolongado com o ambiente e a situação que está sendo investigada, via de regra através do trabalho intensivo de campo”, (Ludke e André, 1986 p.11). É salientado por Polit (1989 p. 312) ainda que:

*a pesquisa qualitativa é muitas vezes fundamentada na premissa que o conhecimento sobre seres humanos não é possível sem descrever a experiência humana como ela é vivenciada e explicada por seus próprios atores (ou agentes).*

Caracterizamos o estudo como descritivo-exploratório-reflexivo em concordância com Gil (1994 p. 44) quando afirma que:

*a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição de características de determinada população ou fenômeno e a exploratória tem como finalidade desenvolver e modificar conceitos ou idéias, com vistas na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.*

Contemplando assim as fases do estudo, onde a revisão de literatura foi fator fundamental para a reflexão dos achados da prática assistencial.

#### **4.4 Sujeitos do estudo**

A seleção dos sujeitos do trabalho, as famílias, deu-se de forma participativa juntamente com Conselheiro Tutelar, após a explanação da proposição de trabalho. A busca destas famílias no Conselho Tutelar foi em razão deste órgão ser o responsável pelo cumprimento do ECA e, o lugar para onde as denúncias são dirigidas.

Inicialmente tinha a pretensão de acompanhar ao menos cinco famílias cuja situação observasse os seguintes critérios: estarem sob intervenção do Conselho Tutelar e em processo de perda de pátrio poder por negligenciarem os cuidados de saúde de seus filhos, residir na zona urbana de Santa Maria.

Como contei com apenas um conselheiro, restringi-me aos casos que ele tinha conhecimento, sendo assim minhas famílias ficaram reduzidas há duas. Pensei, inicialmente, que o número era fundamental para a pesquisa, mas percebi que o aprofundamento nas questões familiares não seria possível com um número maior de famílias.

As famílias foram totalmente diferentes entre si no que se refere à dinâmica familiar, mas ambas provinham da faixa de pobreza absoluta, como a grande maioria das famílias atendidas no Conselho. Esta caracterização está contemplada no capítulo seguinte.

#### **4.5 A Coleta de dados**

Após a seleção das famílias, utilizei a visita domiciliar como estratégia de aproximação e coleta dos dados.

A visita domiciliar foi a forma escolhida baseada na concepção que devemos conhecer o contexto ambiental que envolve nosso cliente, no caso a família. Para Costa apud Mazza (1994):

*a visita domiciliária se fundamenta no princípio de que toda a atividade de enfermagem junto à família têm o objetivo eminentemente educativo, e como um processo educativo, ela tem a finalidade de auxiliar a família a ajudar-se a si*

*mesma (s.p.).*

Na visita domiciliar, a comunicação exerce papel fundamental na interação com a família, e para tanto, faz-se necessário que o profissional enfermeiro busque a compreensão do contexto familiar, obtendo desta a colaboração e participação ativa na implementação da assistência.

As visitas foram realizadas quase sempre no período da manhã, em ambas as famílias, porque assim estariam todos em casa. Combinamos o melhor horário e os dias para a realização das mesmas.

Para as entrevistas, utilizei o Prontuário Família do GAPEFAM ( em anexo), que serviu como “caminho”, por conter questões sobre o cotidiano das famílias, suas interações intra e extra-familiares, seu meio ambiente, suas crenças e valores, enfim, proporciona um retrato da família. Segundo Gil (1994, p.113), *“a entrevista é uma forma de interação social, uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação”*.

Posso dizer, que várias vezes deixei o prontuário e simplesmente conversamos, sem uma estrutura previamente estabelecida. Esta flexibilização, conforme Gil (1994) é o fator que faz com que a entrevista seja adotada como técnica fundamental de investigação nos mais variados campos. Além das entrevistas, busquei informações nos arquivos do conselho e do hospital universitário, bem como junto aos postos de saúde do município e secretaria de saúde, com o objetivo de assessorar-me para a implementação do cuidado proposto.

Acrescentei ao prontuário, questões referentes ao tipo de intervenção

do Conselho junto às famílias, e qual era a opinião destas a respeito da intervenção, pensei que com estas questões, poderia avaliar o significado desta nas famílias.

Os encontros foram registrados sob a forma descritiva, logo após o encerramento deste, seguindo quase sempre o caminho do prontuário. Fiz também o registro de minhas impressões sobre os fatos tratados com as famílias, usando estas para uma primeira análise dos fatos.

Tomei o cuidado de esclarecer para as famílias em estudo que seus nomes seriam mantidos em sigilo e a sua adesão e consentimento dependia unicamente de sua vontade. Combinamos seus nomes fictícios, fazendo deste fato, mais um momento de integração. Denominamos “a família de Sônia” e “a família de Ronaldo”, por serem eles os motivos da intervenção do conselho.

Concordamos com Gil (1994, p. 119) quando afirma que para a entrevista ser adequadamente desenvolvida *“é necessário que o entrevistador seja bem recebido”*, e também que no primeiro contato, *“deixar claro que a entrevista terá caráter estritamente confidencial e que as informações permanecerão no anonimato”*.

Para trabalharmos com famílias se faz necessário uma “porta de entrada”, ou seja, um motivo criado por um ou mais de seus elementos. Só com esta entrada e com o sucesso na resolução do problema, é que poderemos estender a assistência para os demais membros. É necessário que a enfermeira estabeleça uma relação de confiança baseada no respeito às crenças e valores, bem como na visão de mundo desta família, para só assim programar conjuntamente a assistência e as estratégias para a

solução dos problemas.

#### 4.6 Análise e interpretação do material

Posso dizer que ao transcrever as entrevistas com as famílias, já procedi uma análise das mesmas. Juntamente com o relato dos fatos, iniciava-se também, um processo reflexivo que, progressivamente levava-me a pensar porquê aquilo aconteceu, quais as implicações, as relações entre as atitudes das famílias, enfim, esse foi um momento muito rico.

No momento do relatório da Prática Assistencial, das disciplinas integradas do mestrado, fiz explanação geral das situações encontradas nas famílias com minhas possíveis intervenções junto às mesmas. Naquele momento já agrupei os dados, segundo Moraes ( 1996a ), na forma de “passos do processo de cuidar”, que traduziram-se num modelo, num caminho para cuidar famílias negligentes nos cuidados de saúde de seus filhos. Agrupei-os, em quatro passos: *iniciando o processo de aceitação; conhecendo a realidade da família de Ronaldo e Sônia; construindo o processo de cuidar e, adaptação de Ronaldo ao novo lar.*

Com esse material acima descrito, submeti-me ao exame de qualificação para a dissertação de mestrado a “banca examinadora”, que sugeriu aprofundamento teórico sobre violência doméstica. Acatei e aprofundei a “revisão de literatura” sobre o assunto.

Após a construção da revisão de literatura, parti para a elaboração da “trajetória metodológica”, com os seguintes componentes: “marcos referenciais”, “conceitos utilizados”, “caracterização do estudo”, “sujeitos do

estudo” e a “coleta de dados”. Foram tópicos elaborados a partir das vivências que tive junto às duas famílias com problemas de negligência nos cuidados de saúde de seus filhos e serviram para essa “análise e interpretação dos dados”.

A análise e interpretação dos dados constou de exaustiva leitura do material, das entrevistas e vivências com às famílias, e foram reclassificadas à luz dos referenciais de violência doméstica, baseadas no “processo de cuidar” acima descrito. Resultou no quinto capítulo da presente dissertação, “vivências com famílias negligentes: uma reflexão com os autores”. Neste capítulo adaptei, dos passos do processo de cuidar, os seguintes tópicos:

- “O processo de aceitação”, onde fiz uma breve fundamentação teórica do mesmo. Na seqüência o subdividi em três partes: “a enfermagem e o Conselho Tutelar”, “a enfermagem e a família”, e a “enfermagem e a temática”. Todas foram fundamentadas com o pensamento dos autores sobre o assunto e das falas das famílias envolvidas. Na seqüência apresento:

\_ “A realidade das família envolvidas”, quando divido em “ a família de Sônia” e a “família de Ronaldo”. Essas duas apresentações estão imbuídas da descrição da composição familiar e da relação dos problemas, acompanhadas das teorias apresentadas. Dando continuidade aos dados, o próximo ítem:

- “O processo do cuidar” que desenvolvo da seguinte forma: “o processo de cuidar da família de Sônia”, em que levanto os principais problemas em relação às interações familiares e com relação ao contexto

sócio-econômico-cultural da mesma. Logo depois, analiso “as interações extra familiares e as familiares da família de Sônia”, baseada nas falas familiares, relacionando-as com a fundamentação teórica, com os componentes do cuidado e com os princípios já relatados. Ainda na família de Sônia, relato a sua situação de saúde, que foi detectada ao longo da vivência com essa.

Procedi da mesma forma com a família de Ronaldo, analisando as situações vividas, com os autores, conceitos, componentes da cuidado e princípios.

Finalizando essa dissertação, apresento o sexto capítulo intitulado “finalizando ou refletindo novos começos”, no qual pretendo expressar reflexões e recomendações sobre o assunto. A proposta estará aí, em aberto, para a expansão entre os profissionais de saúde, numa visão interdisciplinar. É sabido que a enfermagem sofre influência do modelo de saúde ainda vigente, individualista e curativista e, que as famílias que negligenciam os cuidados de saúde de seus filhos, estão na maioria vivendo na extrema pobreza e exclusão social, sendo assim, olhar para essa realidade, embora ainda não faça parte do nosso cotidiano, não nos permite simplesmente culpar as família pelos seus desmazelos. Porém, um novo fazer Enfermagem inclui a consideração da realidade globalizada de nossos clientes, ou seja, a situação individual, social, econômica, ambiental, familiar, entre outros, sem culpabilização das vítimas.

Essa dissertação finaliza com às “referências bibliográficas” e com os “anexos”.

## 5 VIVÊNCIA COM FAMÍLIAS NEGLIGENTES: UMA REFLEXÃO COM OS AUTORES

O objetivo deste capítulo é a descrição da trajetória da assistência prestada às famílias negligentes nos cuidados de saúde, tendo como proposta discutir os dados levantados com a revisão de literatura, e com os elementos conceituais do referencial teórico proposto inicialmente, bem como da experiência dos profissionais envolvidos<sup>15</sup>.

### 5.1 O processo de aceitação

Denominei "processo de aceitação" a etapa do trabalho onde deu-se a aproximação com a temática; as primeiras estratégias pensadas para chegar até as famílias; a compreensão do papel da enfermeira junto a estas famílias; dentre outras. Caracterizei como um processo, entendendo que a aceitação não se encerrou na primeira parte do trabalho, e sim, acompanha todo o processo de assistir em enfermagem, uma vez que deparei-me inúmeras vezes com situações que exigiram um repensar sobre o que está acontecendo e o que queria dizer com "aceitação"?

Para Ferreira (1986, p. 25) aceitação *"é o ato ou efeito de aceitar; acolhimento, receptividade, concordância, aprovação, aplauso, respeito e consideração"*.

Julgo interessante a descrição encontrada no dicionário por ir ao encontro do significado que quero dar nesta etapa do processo como um todo dinâmico, onde cada elemento deve ser acolhido de um modo singular.

---

<sup>15</sup> Neste capítulo definimos que as falas das pessoas e da enfermeira estarão grafadas em CAIXA ALTA e os conceitos, componentes do cuidado e os princípios estarão em **negrito**. A discussão com os autores estará incluída no texto com a devida escrita.

Quando iniciei a pensar em trabalhar com a questão da violência familiar, fui tomada por uma enorme angústia, porque embora não tivesse muitas leituras a respeito, lia nos jornais, via na televisão, enfim, estava ligada nos meios de comunicações que cada dia traziam, e trazem, notícias sobre acontecimentos violentos que deixam-me perplexa.

Concordo com Assis (1994 p. 13) quando diz:

*falar de violência contra crianças e adolescentes não é como uma tarefa fácil. É um tema que nos traz sofrimento e angústia. Algumas violências com que convivemos são tão extremadas, que muitas vezes nos sentimos anestesiados ou familiarizados com algumas outras formas menos flagrantes de violência. Acima de tudo nos vemos impotentes, por momentos, achando que não há luz no final do túnel.*

Foi na busca desta luz e com a certeza que a enfermagem tem um papel importante no cenário da família, que lancei-me nesse desafio.

**Ter sensibilidade; adotar atitude com respeito à; aceitar; compreender; dedicar-se, são elementos do conceito Enfermagem à família negligente.**

Com a intenção de clarear todas as partes da aceitação subdividi em três momentos, sendo importante salientar que estes aconteceram de forma dinâmica, inclusive entremeados com os passos seguintes do processo.

### 5.1.1 A enfermeira e o Conselho Tutelar

O motivo da escolha pelo Conselho Tutelar como porta de entrada já foi abordado em capítulos anteriores, ressalto aqui a importância desse órgão no atendimento e encaminhamento das questões das crianças e adolescentes, sendo assim descrito, por Assis (1994 p. 25):

*Conselho Tutelar é um órgão municipal, fixado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que é encarregado pela*

*sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. É formado por conselheiros eleitos por voto direto das organizações não-governamentais e membros das Secretarias Municipais. O Conselho Tutelar está sob orientação do Conselho de Defesa dos Direitos das Crianças e Adolescentes e pode aplicar medidas em relação às crianças/adolescentes e aos seus pais, às instituições de atendimento, ao Poder Executivo ao Ministério Público e à Autoridade Judiciária .*

Tendo escolhido o Conselho Tutelar como via de acesso às famílias, passei a pensar em como iria chegar para propor o trabalho. Procurei um conselheiro, advogado recém-formado, por indicação da Juíza da Infância e Adolescência, que seria mais receptivo à proposta de trabalhar em conjunto.

Senti uma barreira invisível quando explicava minha proposta, e sempre vinha a questão "Como uma enfermeira pode atuar junto às famílias?" Parece que em outras profissões como Psicologia, Medicina e Serviço Social esta pergunta tem respostas imediatas, ou melhor, no imaginário social, elas têm o que fazer com as famílias envolvidas no Conselho Tutelar, e a Enfermagem faz o quê? A Enfermagem através dos componentes do cuidar busca uma melhor assistência à família, sendo necessário interagir com diferentes instituições que têm na família seu locus de assistência.

Percebo que por mais que se fale em interdisciplinaridade, este conceito está longe do pensamento dos que estão diretamente trabalhando com crianças/adolescentes e famílias, ou melhor, estas são searas que "pertencem" à outras ciências. É nítida a surpresa que causa o fato da Enfermagem também entrar neste contexto de assistência. Essa percepção vai de encontro a alguns autores que refletem e pensam sobre cuidados e proteção à criança/adolescente e família.

É possível exemplificar com Pereira (1996 p. 6), em seu "*Direito da Criança e do Adolescente: uma proposta interdisciplinar*", onde diz "*dedicada a esta especialidade, tenho sustentado a interação do*

*conhecimento humano... não se concebe falar em direitos básicos de crianças e jovens sem se promover a integração de conhecimentos que cada área possa nos fornecer".* Ela ainda chama a atenção para que este é o grande desafio da interdisciplinaridade, que deverá orientar os currículos desta área da ciência e que jamais o aluno se defrontará com informações de apenas um especialista. Para a autora, a ordem desta integração é a pesquisa, numa contínua atitude de indagação na busca de novas soluções.

Com esta preocupação, Althoff (1998, p. 3) reflete a busca pela pesquisa, da construção do saber científico na área da família, iniciada pela enfermagem, *"estamos apenas iniciando, muito conhecimento teremos que construir para trilharmos esse caminho do cuidado à família".*

É nítida a preocupação das diferentes áreas do conhecimento em buscar uma ação interdisciplinar para atuar com famílias, assim como, com os membros desta, nas diferentes fases de desenvolvimento.

Não é possível dizer que esta preocupação vem de longa data, o que favorece meu entendimento e compreensão com relação a "pequena confusão" em torno do papel da enfermeira junto às famílias e ao Conselho Tutelar.

Talvez devido a essa "incompreensão" do trabalho que propunha, é que a princípio sentia uma certa desconfiança da parte dos outros conselheiros que não estavam ou não queriam inteirar-se da proposta. Fui clara no sentido de querer somar esforços, mas mesmo assim foi impossível não perceber uma certa rejeição. Pensei, na época que a rejeição fosse ao desconhecido, "à novidade e ao "medo" de ver seu trabalho observado por outro que até então é um "estranho", "intruso", que quer militar em seara alheia.

À medida que a prática foi acontecendo estreitei o laço com um conselheiro em especial, e foi com ele que cheguei às minhas famílias, e conseguimos conjuntamente aliar nossos esforços para a resolução de

alguns problemas. Nossas ações foram sentidas pelo grupo, e com isto, algumas vezes fui convidada a opinar sobre outras situações, envolvendo crianças e cuidados de saúde.

Refletindo a respeito destas dificuldades iniciais, vejo a importância do alargamento da atuação da enfermeira e do enfrentamento de novas perspectivas de trabalho.

### 5.1.2 A enfermeira e a família

A aceitação, o acolhimento da enfermeira pela família passa por diversas etapas, que alguns autores denominam o "namoro com a família", explicando melhor, é como o começo de qualquer relação, independente de ser profissional, ambos os lados sondam as afinidades. Para este início ter êxito, é necessário uma grande dose de empatia do profissional, frente a situação familiar encontrada.

Como já comentei, precisamos de uma "porta" para entrar na família. Esta pode ser um membro, uma situação, enfim, algo que permita-nos a iniciar uma aproximação. O primeiro encontro é muito especial para o profissional, seja ele enfermeiro, ou outro, porque é neste que ocorrerá a aceitação ou rejeição, a simpatia ou antipatia, a aproximação ou distanciamento de ambas as partes.

Outro fator que facilita a aceitação da família é quando esta busca ajuda para solucionar algum problema, mostrando-se à disposição de ser ajudado e também de participar na busca das soluções.

Com as famílias desse estudo, foi possível vivenciar a diferença que faz o fato da família "buscar ajuda", isto faz com que ela se "abra" ao profissional, embora saiba dos silêncios que existem nas famílias a respeito de determinadas situações.

Lembro das nossas conversas no GAPEFAM, quando a Prof<sup>a</sup>. Ingrid

dizia *"sabemos quando somos aceitos por uma família quando passamos da sala para a cozinha"*. Esta fala ilustra muito bem a aceitação da família, pois enquanto ficamos na sala, estamos no convívio social, sabendo apenas das questões periféricas da família. Só quando sentamos na cozinha é que estamos aptos para compartilhar das questões mais íntimas. Isto configura a representação simbólica da aceitação, do acolhimento.

A passagem "ELAS ESTAVAM À MINHA ESPERA. A CASA MAIS LIMPA, JANELAS ABERTAS, ATÉ UM VASO COM FLORES NA MESA" se refere ao segundo encontro com a família de Sônia (F1). Pois, o primeiro fui acompanhada pelo Conselheiro, que levou-me para conhecer a família. Procurei apenas me apresentar e marcar a próxima visita, assim como ponderei que neste encontro não conseguiria ir além das apresentações.

O CONSELHEIRO ME APRESENTA PARA D. LÉIA COMO ENFERMEIRA E DIZ QUE EU EXPLICARIA MELHOR.

Junto com o primeiro contato vêm as primeiras impressões, de ambos os lados. Tive certeza que ao sair da família de Sônia, muitas dúvidas e indagações surgiram, mas como eles estavam sempre em busca de ajuda, minha presença só iria acrescentar esforços para solução dos problemas sentidos por eles. Minhas primeiras impressões, somadas aos fatos narrados pelo conselheiro, foram de uma família com uma dinâmica conflituosa (F1), que me deixaram com a sensação de não saber por onde começar.

Com a família de Ronaldo (F2), o primeiro encontro teve o mesmo objetivo, as apresentações e, saber como estava o estado de saúde do menino, pois o conselheiro não estava totalmente inteirado do caso. Dessa família, a impressão foi de absoluta incapacidade frente a miséria em que viviam e da falta de perspectivas que aparentavam ter. Levantei, na ocasião, como principais problemas: miséria, abandono, negligência, cardiopatia reumática, falta de medicação, falta de informação sobre a

doença.

Nos encontros que se seguiram, foi possível perceber que aos poucos fui sendo aceita, quando por exemplo, anotei no diário :

- PERCEBI QUE TODAS QUERIAM QUE EU COMEÇASSE A "PALESTRA" (F1);
- ALINE ME ESPERAVA NA PORTA E FOI LOGO AVISANDO - A MINHA IRMÃ QUE VAI TER NENÊ ESTÁ AQUI (F1);
- CHEGUEI POR VOLTA DAS 17h NO BARRACO, D. ADIR RECEBEU-ME NA PORTA. PARECIA BEM, COM UM AR DE CONTENTAMENTO (F2);
- CONVIDOU-ME PARA ENTRAR. PARECIAM SATISFEITOS. RONALDO RIU DE MEUS DESENHOS. ESTAVAM MAIS RELAXADOS COM A MINHA PRESENÇA (F2).

Também precisamos ficar atentos para os sinais que a família dá quando não quer nossa presença ou quando quer "mudar" a conversa.

D. LÉIA DIZIA QUE ESTAVA COM O SERVIÇO ATRASADO (F1). ELA ME RECEBEU NA PORTA E NÃO MANDOU ENTRAR (F1). LUCIANA INTERROMPEU E DISSE QUE EU TERIA OUTRAS COISAS MAIS IMPORTANTES E QUE ERA PARA D. LÉIA ME DEIXAR FALAR (F1).

Frente a essas situações não podemos esquecer que o trabalho com família é longo, e que todas as situações devem ser avaliadas como indicações para a assistência.

### 5.1.3 A enfermeira e a temática

O trabalhador de saúde confronta-se hoje, mais do que nunca, com a necessidade de prestar ajuda à jovens e crianças que sofrem violência das mais diferentes espécies, associadas com as marcas da miséria a que estão expostas. Sobre este confronto, Brasil ( 1993 p. 10 ) diz o seguinte:

*Dados de estudos sobre o tema revelam que são crescentes os eventos violentos ocorridos no ambiente familiar, comunitário ou institucional contra crianças e adolescentes hoje no Brasil. Diante deste quadro tão intrincado, o profissional muitas vezes se sente perplexo e sem apoio para intervir frente aos casos mais complexos.*

Entendo que a questão do apoio que os profissionais de saúde necessitam para enfrentar tais situações, deve ser iniciada na sua formação, na academia, passando por uma desmitificação do tema e do rompimento da *"sacralidade da instituição familiar"* (Saffioti, 1989, p. 13). Muitos são os profissionais de saúde, professores ou mesmo pessoas da comunidade que se alertam para o enfrentamento da violência doméstica, mas todos sofrem com a falta de ações concretas à nível de assistência e encaminhamento desses casos.

Durante esse trabalho senti dificuldades tanto a nível pessoal, quanto institucional. Pessoalmente muitas vezes fui tomada pela sensação de impotência frente às situações encontradas, passando pela perplexidade e pela rejeição, quando anotei no diário:

ME SINTO POUCO À VONTADE, PARECE QUE ALI NÃO É MEU LUGAR.

NÃO SEI SE VOU CONSEGUIR ALGUM RESULTADO.

NÃO QUERO ENVOLVIMENTO COM VIOLÊNCIA SEXUAL.

COMO ENFRENTAR TANTA MISÉRIA?

Alguns autores, como Azevedo e Guerra (1989) chamam estes sentimentos de *"reticências psicológicas"*, quando o profissional trava dentro de sua consciência uma batalha entre realidade cruel que observa e a idealização formada ao longo dos anos a respeito da sua atuação profissional.

Para Barudy (1997), além dos envolvidos, nas situações de violência,

existem os "terceiros" que são os membros da família e os membros do meio social. Geralmente, não intervêm, às vezes, por não se darem conta do que se passa, por não quererem saber, ou por cumplicidade ideológica, ou ainda, simplesmente pelo medo. Dentro dos "terceiros" encontram-se médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e outros. Minimizam ou desconsideram a existência do impacto destas experiências traumáticas na etiologia dos problemas e no sofrimento apresentado por seus pacientes.

Para não fazer parte deste grupo, é que a enfermeira deve buscar conhecimentos, aliar-se a outros profissionais e encaminhar propostas de atuação junto às famílias.

Com a implantação do Programa de Saúde da Família, onde haverá maior entrosamento dos profissionais no seio familiar, certamente surgirão tantos casos relacionados à violência doméstica quanto às doenças mais facilmente diagnosticadas.

## **5.2 A realidade das famílias envolvidas**

Afirma Brasil (1993 p. 9):

*Dados de 1990 (IBGE, 1992) mostram que 53,5% das crianças e adolescentes brasileiros, entre 0-17 anos, encontram-se em famílias com renda mensal de até 1/2 salário mínimo per capita. São 32 milhões de jovens e crianças vivendo em situação de pobreza e miséria, dois milhões a mais do que no início da década de 80. Esta situação de pobreza traz consigo múltiplos agravos à saúde decorrentes, em grande parte, da total ausência de suporte social a essas famílias .*

Dentro deste quadro cruel da realidade brasileira, encontramos as famílias que fizeram parte do meu estudo. Foram apenas duas, dentro deste universo de desigualdades sociais, mas cada uma com um universo de

problemas.

Tive dificuldades iniciais referentes ao critério escolhido para as famílias do estudo. Estas deveriam ser negligentes nos cuidados de saúde de seus filhos. Deparemei-me com dois aspectos importantes:

- a negligência nos cuidados de saúde está quase sempre associada a outras formas de violência doméstica, é impossível "olhar" apenas para um fator dentro da dinâmica familiar, seria o mesmo que enxergar apenas a doença, sem ver o doente, ou melhor reproduzir com outra roupagem, o modelo vigente na assistência;

- a definição do conceito de negligência traz consigo uma ressalva quando diz que "tais falhas só poderão ser consideradas abusivas quando não são devidas a carências sócio-econômicas". O limite entre precariedade sócio-econômica da família e o descaso do cuidado da família é tênue, fazendo da detecção desta violência, uma questão extremamente delicada.

Para Deslandes (1994) , é necessário que se considere a ação ou omissão do agente agressor independente das condições sócio-econômicas existentes para que a sociedade possa tomar uma atitude protetora.

Vencidas estas dificuldades com a volta para a literatura existente sobre violência doméstica, busquei compreender que não conseguiria fracionar os atos violentos nas famílias, sendo fundamental o meu comprometimento com todas as situações encontradas.

### **5.2.1 A família de Sônia (F1)**

A primeira família desse estudo reside num bairro da zona norte da cidade, bastante populoso e violento. A maioria das ruas são calçadas com paralelepípedos, há um bom serviço de transporte coletivo. Existem vários

mercadinhos, posto da brigada militar, posto de saúde (um dos maiores da cidade), igrejas e escolas de 1º grau.

A família mora na mesma rua, desde que veio de São Gabriel em busca de trabalho e melhores condições de vida, como diz a avó:

TINHA GENTE MINHA AQUI. TODOS OS FILHOS NASCERAM AQUI, SEMPRE MORAMOS AQUI. NESTA RUA TODOS ME CONHECEM POR D. ROSA .

A casa onde moram Rosa (avó), Léia (filha), Alice (neta), é muito pequena, com três cômodos, de madeira. O banheiro e tanque é de uso coletivo, pois esta casa fica na frente de um terreno, onde encontram-se várias outras pequenas casas, cada uma com vários moradores. Observei esse fato quando fui na segunda visita e escrevi depois:

CRIANÇAS BRINCAVAM NA FRENTE DA CASA, DESCALÇAS E NO MEIO DE GATOS E CACHORROS. NÃO ENTENDIA DE ONDE VINHAM ESTAS CRIANÇAS E AS MULHERES QUE ALI ESTAVAM QUANDO CHEGUEI (notas da enfermeira).

Com relação à acomodação das classes populares, principalmente as oriundas do campo, MEU MARIDO ERA AGRICULTOR (AVÓ), considera Mello (1994) que estas procuram bairros da periferia, sendo que estes se constituem de um aspecto original de acomodação. É neste "espaço criado", pelo capitalismo, como o define Lefebvre apud Mello (1994 p. 25), onde:

*é recriado pelos seus habitantes que dele se apropriam afetivamente, fundando um lugar claramente diferenciado do resto da cidade, com moradias autoconstruídas, em terrenos muito pequenos, casas sem acabamento externos, sem cuidados com o terreno, e outros sinais de exclusão e abandono .*

Na mesma rua da casa de Sônia, mora o proprietário do terreno, em uma casa de material, murada e gradeada. Cada casinha de "loteamento"

paga aluguel que varia de R\$ 80,00 a R\$ 100,00 por mês. Ponderei com eles, que é um preço elevado para as condições das moradias, com que elas concordam, mas não fazem nada para mudar.

As casas muito próximas uma das outras causam ausência de privacidade. Sobre isso, Mello (1994, p. 25) caracteriza de "*porosidade das moradias*", o que as torna permeáveis aos vizinhos mais próximos e sua pequenez exige proximidade física dos moradores em seu interior. Ainda a autora, diz, "*nem ventura, nem desgraça podem ser escondidos por muito tempo*". Diz Aline, **A VÓ DEIXA AS JANELAS FECHADAS PARA NÃO ESPIAREM.**

A família é constituída, atualmente, por (considereei o parentesco a partir da figura da avó): Rosa, avó, 72 anos; Léia, filha, 45 anos; Eliseu, genro, 45 anos; Luciana, neta, 24 anos; Eder, marido de Luciana; Sônia, neta, 14 anos; Alice, neta, 11 anos.

Quando perguntei quem fazia parte da família, as respostas demonstraram que para elas, família é a que está sob o mesmo teto.

Léia disse **MINHA MÃE E MINHAS FILHAS**, referindo-se apenas à Alice e Sônia. Com relação à Luciana **ELA JÁ SE CASOU, FORMOU OUTRA FAMÍLIA**. Logo após o casamento, Luciana permaneceu morando com a avó, até ter condições econômicas para se mudar.

Eliseu, marido de Léia mora numa casa em frente a de Rosa, também de aluguel. Esta casa tem mais peças e é melhor mobiliada, tendo inclusive geladeira. Léia atravessou a rua, indo morar com a mãe, quando separou-se, devido ao alcoolismo do marido, **ELE É MUITO RUIM, DIZEM QUE É DO SIGNO. SEMPRE BEBEU E ME BOTOU DUAS VEZES NO PRONTO SOCORRO, ME ABRIU AQUI E AQUI (LÉIA).**

**O alcoolismo bem como o consumo de drogas pelos pais, figuram como pistas ou indicadores que facilitam a presença de violência dentro da família.**

Rosa desaprova a atitude de "rebeldia" da filha dizendo que COM BÊBEDO A GENTE NÃO BRIGA e lembrando seu passado com o marido, continua EU FICAVA BEM QUIETA, ELE CHEGAVA E IA DORMIR, NÃO FAZIA COMO TU, QUE ESTÁ SEMPRE BRIGANDO COM ELE, é nítida a sua submissão ao poder masculino, e o conflito que há entre elas. Rosa considera o genro um bom homem, APESAR DE TUDO. Sobre isso, Sanches (1998 p.42.), analisa a violência contra a mulher, pelo marido, e diz que: *"não se define como problema, em muitos países. O conceito de privacidade conferido à família determina que o judiciário e demais autoridades públicas não intervenham no conflito familiar"*. A intervenção só ocorre, segundo a autora, quando ocorre um caso grave de agressão contra os filhos menores, ou a mulher, dona de casa, seja assassinada.

Apesar de estarem separados, o cotidiano deles gira em torno das duas casas. Segundo a assistente social da instituição onde Sônia encontrava-se, no momento das visitas, eles se ajudam. Léia faz comida para ele, e quando precisa sair, Eliseu que cuida de Alice. QUANDO ELA (SÔNIA) VEM PARA CASA, COZINHA PRÁ ELE E FICA LÁ COM ELE.

Para Rosa, família "É A FILHA QUE TEM CALMA COM A MÃE, É TODOS SE DAREM". Léia interrompendo a mãe dizendo: "ORA, NÃO É SÓ ISTO, É UNIÃO, É A MÃE, O FILHO... A GENTE FAZ TUDO E ELES NÃO QUEREM ACEITAR". Léia demonstra com esta fala, que se trata de Sônia, de suas brigas. "ELA JÁ ESTÁ TAMBÉM NA DELEGACIA, QUANDO ME BATEU". Percebi que as relações entre os membros é conflituosa e violenta e que Sônia foi escolhida, dentre eles, para ser o problema da família.

Com relação ao caso diz ser, Deslandes (1994), comum a família ter um determinado filho como alvo principal dos maus-tratos, isto quando estamos nos referindo às famílias onde existam sinais de possíveis violências.

Novamente aparecia o nome de Sônia, vinculado ao cotidiano

daquela família, lembramos na época a música "Ovelha negra" de Rita Lee.

Sônia era a própria, afastada de casa e abrigada numa instituição para meninas vítimas de violência. Segundo o Conselheiro, ela era violenta, batia na mãe, não ia à escola, tinha suspeita de prostituir-se de levar a irmã junto. Apresentava comportamento auto-destrutivo, "fixação por sexo", e já fora diagnosticada por um psiquiatra como "delinqüente sem retorno".

Este diagnóstico obrigava de certo modo, o Conselheiro encaminhar a institucionalização de Sônia, embora ele acreditasse que o melhor seria mantê-la com a família ou em família substituta.

Compartilhei o dilema do Conselheiro sobre qual atitude tomar, inclusive pelo atenuante de que, quando afastada de casa, Sônia MUDOU RADICALMENTE SEU COMPORTAMENTO (Conselheiro), assim a problemática da falta de uma boa interação entre os membros não é relacionada exclusivamente com sua presença.

A institucionalização dela não resolveria os problemas daquela dinâmica familiar. Tinha a intuição que com Alice, tudo recomeçaria, pois, com o afastamento de Sônia as atenções voltariam para Alice, que já demonstrava alguns comportamentos de rebeldia e desrespeito pela mãe.

Percebi a deficiência de conhecimento do profissional de saúde que avaliou aquela menina, e caracterizei seu diagnóstico no mínimo de precipitado. Esta limitação dos profissionais de saúde, incluindo-me também, diz respeito ao despreparo para atuar frente ao fenômeno da violência, tanto pelo nível insuficiente de informações, bem como pelas limitações estruturais dos serviços de saúde que privilegiam o individual e não o grupo familiar, com a realidade do ambiente e com a situação social, também causadora de danos.

Para Deslandes (1994, p. 7), dificilmente as verdadeiras causas do agravo são questionadas, contribuindo assim para seu ocultamento e repetição. Muitas vezes, esse problema é diluído na "*procura de doenças ou*

*no atendimento mais imediato das necessidades". A mesma autora chama atenção para "o maior entrave na identificação dos maus-tratos nos serviços de saúde se refere a uma dimensão ética", ou seja, envolver-se ou não com o problema "alheio" e culturalmente chamado de "problemas de família".*

Sônia é uma adolescente bonita, aparentemente sadia (pelo menos biologicamente falando), que tem uma família que se preocupa com ela, então, qual é o problema visível para tanta agressividade?

Iniciei assim, a procurar respostas na própria história de vida daquela família e desta procura constou minha assistência.

**Enfrentar com, esclarecer, informar, empenhar-se, proteger, lutar com, trocar experiências, são componentes do cuidar em enfermagem.**

**Famílias negligentes... possuem dificuldades na interação de seus membros.**

### **5.2.2 Família de Ronaldo (F2)**

Ronaldo, 13 anos, mora com sua mãe Adir, 47 anos e o irmão gêmeo Renato numa casa minúscula( três peças), de madeira, chão batido, na zona leste da cidade. Tem luz, água da CORSAN (fora de casa), rua calçada. O terreno é grande e extremamente úmido. Há presença de animais domésticos, inclusive roedores (ratazanas) que andam sem serem incomodadas.

Adir veio há 22 anos de uma cidade chamada Formigueiro, há mais ou menos 60 Km de Santa Maria, procurando trabalho, sua família de origem ficou, **AQUI SÓ TENHO UMA IRMÃ. ME JUNTEI AQUI; TEM 22 ANOS.** Ela teve 7 filhos, dentre eles duas gêmeas, uma faleceu com três anos, mais três mulheres e os gêmeos Ronaldo e Renato. Os mesmos, são caçulas e únicos homens. Fala das filhas com carinho: **"SÓ TEM UMA SOLTEIRA, QUE É BABÁ E VEM ÀS VEZES AQUI, TEM UMA QUE FOI**

CRIADA COM A VÓ, EM FORMIGUEIRO. As filhas que estão casadas ajudam com algum recurso financeiro, pagando a conta no "bolicho". A família conta com auxílio dos vizinhos. ELES DÃO UMA OLHADA NOS GURIS. O companheiro de Adir mora no mesmo bairro, mas segundo ela NÃO AJUDA EM NADA, ÀS VEZES DÁ UM DINHEIRO PARA OS GURIS. Ela fala com orgulho do tempo que trabalhava e deixava os quatro (filhos) na creche. Parou de trabalhar há mais de dois anos e segundo o Conselheiro Tutelar, era catadora de lixo. Adir nega esta informação, diz que trabalhava de faxina, NA CASA DE UM DOUTOR.

Percebi a organização caótica desta família, como Barudy (1997, p. 89) denomina "*ecologia de sobrevivência*", ou seja, a família é caracterizada por uma situação de pobreza, de exclusão social e de marginalidade de origem histórica, fatos estes que colaboram para o aparecimento da negligência nos cuidados cotidianos das crianças e adolescentes, que no caso de Ronaldo, é agravado pela presença real de uma patologia.

Para Barudy (1997), o isolamento de mães negligentes é agravado pelo fato de serem elas chefes de famílias monoparentais, onde a presença do homem é inconsistente e esporádica. Elas não podem contar com eles para a sustentação da vida cotidiana.

Os meninos vão à escola do bairro. Renato está na 3ª série e já sabe ler, trabalha como vendedor de jornal. Ronaldo está na 1ª série do 1º grau. Eles são o exemplo das falhas do sistema escolar que mantém distanciamento entre a escola e a família.

O encaminhamento desta família ao Conselho Tutelar foi por iniciativa da residente de pediatria do HUSM, na penúltima internação de Ronaldo. Ele sofre de cardiopatia reumática e por várias vezes esteve hospitalizado ao longo da vida.

Consultando seu prontuário, verificamos que até o momento, só no HUSM já haviam sido sete internações.

Segundo o boletim de atendimento no Conselho Tutelar, o pediatra acusou a mãe de visitar o menino alcoolizada. Este fato não foi negado pela mãe. Hoje ela diz, **NÃO BEBO MAIS, AGORA É SÓ CHIMARRÃO**. Ela tem a ilusão que consegue parar de beber. Algum tempo mais tarde, soube que ela continuava bebendo.

**O abuso de álcool é um indicador de comportamento que aparece nas famílias negligentes.**

Acredito que o afastamento das filhas casadas deu-se em razão do vício da mãe, quando ela diz: "ELAS VÊM AQUI ÀS VEZES, E EU VOU LÁ. FAZ MAIS DE MÊS QUE NENHUMA APARECE, ACHO QUE TÃO ME QUARTIANDO". Este distanciamento é também uma forma das relações se manterem sem problemas, pois quando falei que naquele terreno poderiam ser construídas casas para as filhas, à exemplo do vizinho, ela argumentou: "É... EU QUERIA QUE A FILHA DA COHAB FIZESSE UMA CASINHA AQUI, MAS ELA DIZ QUE É MELHOR FICAR LONGE PRÁ SE DAR MELHOR".

Refletindo sobre as mães com comportamento negligente, Barudy (1997, p. 87) diz: *"seu modo de se relacionar é caracterizado por uma apatia profunda e a convicção de que nada vale a pena... suas relações são superficiais e apresenta uma grande dificuldade de verbalizar seu mundo interior"*.

Com Adir e seus filhos, a dificuldade de comunicação foi grande pois, muitas vezes, os diálogos se transformavam em perguntas e respostas (sim/não).

Quando conversamos sobre família, Adir restringiu aos filhos que moram com ela, os meninos incluíram o pai, as irmãs e as sobrinhas, **Ronaldo É MAIS CHEGADO NELAS, VAI TODOS OS FINS DE SEMANA**. Quanto ao pai, eles dizem "ESTÁ POR AÍ, POR PERTO".

Esta situação demonstra que apesar de não estar sob o mesmo teto, a figura do pai tem alguma importância no cotidiano dos meninos. Frente a

esta situação de miséria e abandono, tínhamos uma família socialmente doente e um menino com uma grave cardiopatia.

**A enfermagem é uma profissão que, através da interação, presta assistência às famílias negligentes, utilizando o conhecimento próprio e de outras áreas do saber, para auxiliá-los a atingir e manter a saúde familiar.**

### **5.3 O processo de cuidar**

O cuidar das famílias começou com o primeiro encontro, quando demonstrei meu interesse e preocupação em ajudá-los de alguma forma, na busca de soluções para os problemas que tinham dado origem a intervenção do Conselho Tutelar.

#### **5.3.1 O processo de cuidar da família de Sônia**

Como já foi referido acima, a família de Sônia estava no Conselho Tutelar devido à denúncia feita por uma vizinha, que tomou a iniciativa tentando ajudar. A fala de Luciana confirma o reconhecimento por parte da família, tanto da situação ,como da ajuda pela vizinha: "SOMOS UMA FAMÍLIA CONHECIDA TANTO PELOS ESCÂNDALOS, COMO PELA SOLIDARIEDADE COM OS VIZINHOS".

Além das referências sobre violência entre mãe e filha (principalmente), havia o agravante da suspeita de prostituição da filha menor, Alice, levada pela maior QUE JÁ ESTAVA PERDIDA, segundo a mãe.

No princípio foi difícil entender onde tinha início toda aquela geração de violência doméstica, e foi na busca deste entendimento que pensamos em aceitar o desafio daquele núcleo familiar.

Não consegui eleger um problema iminente para trabalhar, pois o maior problema desta família estava nas interações intra familiares, sendo assim, resolvi que minha atuação se daria à medida que fosse conhecendo melhor a história de vida daquelas pessoas, e refleti que seria necessário despir-me da pretensão de achar que iria solucionar todos seus problemas, pretensão esta muito forte que domina os profissionais de saúde, principalmente as enfermeiras.

Levantei alguns problemas, que listo a seguir por ordem de conhecimento, ou seja, na ordem em que identifiquei-os:

com relação às interações familiares: violência entre mãe e filha; mãe com problema de "nervos"; adolescente com suspeita de prostituição; pai alcoólatra; pais separados; violência conjugal; filha afastada de casa; avó idosa; filha menor faltando a escola; filha mais velha, Luciana, grávida de 9 meses;

com relação ao contexto sócio-econômico-cultural: morar na mesma rua (separadas); casa pequena(dois cômodos), alto custo do aluguel; banheiros e tanques de uso coletivo; renda de 3 salários mínimos, presença de animais.

A utilização do prontuário família, do GAPEFAM, facilitou bastante minha caminhada no sentido de conhecê-la melhor. Ao mesmo tempo que estava conhecendo, já estava atuando nos problemas observados por mim ou referidos pela família.

Para melhor entendimento do leitor, vamos agrupar nossa experiência com a família de Sônia em interações extra familiares e familiares:

### **5.3.2 Interações extra-familiares da família de Sônia**

Iniciei a interação com a família, buscando conhecer melhor sua

história de vida, seu cotidiano e suas relações com a comunidade. Assim, com o fortalecimento de nosso vínculo, houve mais facilidades quando "entramos" nas questões mais íntimas da família.

A família de Sônia mantém uma relação de solidariedade com a vizinhança, expressa na fala de Rosa NESTA RUA TODOS ME CONHECEM, e de Luciana à respeito da mãe: "A MÃE AJUDA TODO MUNDO, PRINCIPALMENTE QUANDO É CASO DE DOENÇA". Também participam das festividades, A GENTE SE DÁ COM TODO MUNDO, A FESTA DO VIZINHO AQUI NA RUA É MUITO ALEGRE, segundo Léia.

**O ambiente e a família interagem dinamicamente (princípio).**

**Reforçar, valorizar, estimular (componentes do cuidado), a atitude de solidariedade da família com a comunidade.**

A família demonstra que não "gosta" de ser ajudada: "A GENTE NÃO PEDE NADA PRÁ NINGUÉM, A GENTE SE VIRA", argumentava Luciana, mas conhecendo melhor seu cotidiano, constatei que elas lançam mão de vários tipos de apoio, quando Léia diz ESQUECI DA IRMÃ DA IGREJA, ELA É MUITO BOA, JÁ ME AJUDOU COM A SÔNIA, E TEM O POSTÃO DA KENNEDY, COM OS MÉDICOS BONS E TAMBÉM JÁ PRECISEI DA BRIGADA. Léia já deu parte na polícia, do marido e da filha Sônia por motivo de agressão física.

Segundo Carvalho e Guará (1994, p. 47), refletindo sobre a secundarização dos programas de atendimento familiar pela ação pública, obriga as famílias a buscarem na rede de serviço sócio-comunitário de orientação religiosa, ajuda para seus problemas. *"Esta solidariedade missionária representa não apenas um apoio espiritual mas também uma rede de apoio material e afetivo importante."*

A presença desta ajuda religiosa também aparece na família de Ronaldo, quando Adir, a mãe, fala FORAM OS PADRES QUE COLOCARAM AS TÁBUAS NA SALA, ACHO QUE TÊM PENA DE

RONALDO.

A religiosidade da família de Sônia é expressa quando Léia diz A MÃE (ROSA) NÃO VAI MUITO À MISSA, MAS TAMBÉM NÃO VAI NAS OUTRAS. ALICE ESTÁ NA CATEQUESE E AS OUTRAS TAMBÉM FIZERAM. ALICE VAI A TODAS AS FESTAS DA IGREJA. As "outras" na fala de Léia, são as igrejas evangélicas que existem no bairro.

Com relação a participação da família na escola, Léia argumenta com tristeza SEMPRE FUI MÃE E PAI NA ESCOLA, ELE NUNCA FOI. Somos solidários com ela pois independente da classe social, "parece" que a responsabilidade é sempre da mãe, apesar desta também trabalhar fora, basta irmos numa reunião de pais, noventa por cento são mães. HOMEM É TUDO IGUAL, SÓ MUDA O ENDEREÇO, participa Luciana.

Como escola é um assunto tratado por mulheres, Léia contou que na última reunião reclamou da segurança para as crianças, NÃO TEM NEM MUROS, FICA TUDO ABERTO. Comentei sobre as formas de pressão via Associação de Pais e Mestres junto à Delegacia de Educação, como abaixo-assinado.

A preocupação de Léia tem a maior procedência, pois a vila onde moram é conhecida na cidade pelo altíssimo índice de violência relacionada ao tráfico de drogas.

**A família tem direitos e responsabilidades.**

**A unidade familiar é uma instituição social que está em constante interação com o meio (princípios).**

A educação é considerada muito importante pela família, sendo que Léia, referindo-se à Alice diz que a acompanha até a escola SENÃO ELA FICA NO CAMINHO, "NAQUELA" CASA. A casa que Léia fala, fica na mesma rua, e é onde, segundo ela, a Sônia também "matava" aula para ficar vendo TV e escutando música. A "vizinha", não conseguimos saber o nome, tem filhas da mesma idade que as de Léia, são colegas de escola e

têm melhores condições econômicas, o que gera desconfiança na mãe.

Alice contradizia a mãe dizendo que **LÁ NÃO TEM BRIGA, A GENTE FICA CONVERSANDO E OUVINDO MÚSICA.**

Acredito que havia uma certa "implicância", ou até "ciúmes" por parte de Léia em ver que as filhas gostavam de estar naquela casa e não na sua. Mas, quando precisava sair, não se importava que a menina ficasse na vizinha.

Observamos que Léia tinha problemas em se relacionar com a fase de adolescência das filhas, e conversamos longamente sobre os jovens e suas necessidades, principalmente a necessidade de estarem juntos, de lazer, dentre outras.

**Promover conhecimento, dialogar, auxiliar na busca de recursos e a identificar e lutar pelos seus direitos, são componentes do cuidado.**

Sobre a influência do meio ambiente nos adolescentes, Levisky (1997 p. 19): considera que:

*os jovens são vulneráveis e susceptíveis às influências oriundas do meio social. Buscam fora do núcleo familiar aspectos que desejam incorporar à sua realidade pessoal ou outros, com os quais necessitam aprender a lidar e que constituem uma parte do seu eu, nem sempre bem integrada à personalidade .*

Muitas das questões sobre as interações extra familiares deram pistas importantes com relação à dinâmica da família, como por exemplo a difícil relação da mãe com as duas filhas menores. Quando fala nelas, Léia expressa sentimentos contraditórios, tanto de proteção exacerbada, quanto de negligência no seu cuidado.

### **5.3.3 Interações familiares da família de Sônia**

Após as primeiras visitas, senti que poderia aprofundar a busca em compreender aquela família. É importante salientar que durante todo o tempo, estive em contato com o conselheiro a fim de discutir o trabalho e ouvir sugestões, até porque ele tinha a investidura legal para qualquer ação.

**A assistência à família requer uma visão interdisciplinar (princípio).**

Desloquei a descrição das interações familiares de Sônia, que manteve-se afastada, para Léia, a mãe, por entender que ela é fundamental nesta rede de interações conflituosas.

Como já referi, nesta família é possível "enxergar" algumas pistas de que se trata de interações violentas. A sensação que tinha ao tentar entendê-la, é que figurativamente, ela estava sempre prestes a explodir, como uma "panela de pressão". Para Barudy (1997) , violência na vida da família, dependem de uma parte dos fatores de sua dinâmica interna, que neste caso poderíamos exemplificar com o alcoolismo paterno e a doença nervosa da mãe, como das perturbações externas como as companhias com que andavam as filhas, a exclusão social, dentre outras.

A história de violência conjugal nesta família, assim como o alcoolismo paterno aparece na geração anterior à Léia, quando sua mãe conta para a filha que QUANDO ELE CHEGAVA BÊBADO, EU FICAVA BEM QUIETA PARA NÃO APANHAR... ELE ME DAVA COICE... VOCÊS NÃO VIAM NADA.

A violência é tratada pela avó, como fato normal, ou como Saffioti (1989, p. 18) descreve a Síndrome do Pequeno Poder, ou seja, *"trata-se do trabalhador que, com raiva de obedecer às ordens de seus superiores hierárquicos, maltrata a mulher e os filhos, quando volta para casa"*. Neste caso, o homem estava encostado por invalidez, o que gerava um descontentamento maior.

Na família as situações se repetem, pois atualmente Eliseu, marido de Léia, também está "encostado" por invalidez e é alcoólatra. A diferença está no fato que nem Léia, nem suas filhas mantêm-se obedientes ao pai. Elas, em várias ocasiões demonstraram que não têm respeito nenhum por ele, e o desprezam, como Luciana diz: **ELE PASSA AQUI CHORANDO, QUANDO NÃO ESTÁ BÊBADO... MEU PATRÃO DEVE ACHAR ENGRAÇADO QUANDO ELE VAI NA LOJA, É SÓ OLHAR PARA ELE E SENTIR PENA, O OUTRO LADO SÓ NÓS CONHECEMOS.**

Quando confiei Eliseu, anotei no meu diário, **PARECEU-ME UM HOMEM HUMILDE, FALA MANSA.**

Ele já havia tentado por duas vezes freqüentar o A.A., pois estava correndo o risco de perder o pátrio poder de Sônia, que já estava apenas com ele. Fora tirado de Léia devido as constantes brigas entre elas.

Luciana não gosta de falar sobre o pai, e por várias vezes interrompeu a mãe quando esta começava a contar-me sobre os fatos que levaram-na morar com a avó.

É clara a preferência de Léia pela filha mais velha, **ELA NUNCA DEU DESGOSTO, SEMPRE FOI CERTINHA,** e a comparação com Sônia, **COMO PODEM SER TÃO DIFERENTES, ELA (Sônia) É RUIM COMO O PAI.** A comparação com o pai, justifica o desamor de Léia para com a filha. A questão do desamor é muito mais freqüente de que imaginamos, haja visto, muitos livros de biografia de estrelas de cinema, de filmes e reportagens em revistas de grande circulação. Afora este interesse popular, autores como Elizabeth Badinter e outros escrevem sobre o mito do amor materno, ou seja, a incondicionalidade da mãe em amar seus filhos.

Para Barudy (1997) as respostas estão no *"attachement des parents à leur enfants"*<sup>16</sup>, ou seja, na construção da capacidade simbólica de acolher, que começa na projeção da criança, mesmo antes de sua

---

<sup>16</sup> Vínculo dos pais aos seus filhos.

concepção e gestação, no imaginário dos pais e da família.

O casamento de Léia e Eliseu, foi segundo ela, por imposição da mãe que dizia que ela tinha que casar **NUNCA GOSTEI DAQUELE HOMEM, MAS NA MINHA VIDA TUDO ACONTECE ASSIM** (faz movimentos com os braços indicando rolo). **TINHA MEDO DE DAR DESGOSTO PRÁ MÃE.**

Segundo ela, suas relações sempre foram violentas e sem prazer: **ELE ME BATIA E DEPOIS QUERIA TER RELAÇÕES.** Ela também queixou-se de não conhecer nada antes de casar, e que foi a vizinha que chamou atenção para a gravidez que já estava no terceiro mês.

Procuramos saber se com Luciana havia sido diferente, ela informou que Luciana já sabia muitas coisas por ser esperta e inteligente, embora muito pouco conversavam sobre "ISTO". **ELA VAI TODO O MÊS NO DR. X, ELE É MUITO BOM.**

O casamento de Luciana foi um acontecimento importante no ciclo de vida desta família, e é sentido por elas como algo que deu certo, apesar do pai não querer, no início. Luciana foi morar com a avó e mesmo depois de casada, permaneceu com esta. As demonstrações de carinho com a avó são sentidas por nós.

A aproximação do nascimento do neto, mobiliza toda a família pois Léia vai para casa de Luciana ajudá-la a cuidar do menino, Aline fica com o pai e com a avó, que se revezam, no seu cuidado. Esta organização em torno do nascimento, assim como fora em torno do casamento, demonstra uma certa coerência com seu modo de vida, de sua "ecologia de sobrevivência", segundo Barudy (1997 p. 52).

Este autor, quando fala dos rituais da família, diz que *"os rituais são destinados a acolher, proteger e cuidar dos membros da família, assim como a manter a colaboração e coabitação entre eles"*.

**A família define objetivos e promove meios para o desenvolvimento contínuo de seu processo de viver.(princípio)**

Quando fala do nascimento do neto, Léia relembra as suas experiências, disse que queria muito ser mãe de um homem, inclusive tinha perdido um, dois anos depois da Luciana. A perda deste menino gera muito sofrimento, ela acusa a mãe de ter-lhe dado uma injeção para abortar dizendo que era vitamina. Justifica a atitude da mãe dizendo: O DR. X DIZIA QUE EU NÃO PODIA MAIS TER FILHOS POR CAUSA DOS NERVOS. O PARTO DE LUCIANA FOI DEMORADO E A PRESSÃO TAVA LOUCA.

Comecei a suspeitar que a "doença dos nervos" de Léia, era mais séria que podíamos imaginar, fato que se esclareceu depois de uma conversa com o Conselheiro. Léia já havia se tratado com neurologista e fez uso de antidepressivos por muito tempo. No momento estava sem medicação ou controle médico. Esbarramos no problema de atendimento especializado pelo SUS, as consultas são reduzidas e a demanda grande.

Naquele momento, o envolvimento com o nascimento do neto absorvia toda a energia de Léia, mas ela concordou em procurar o médico depois que estivesse tudo calmo com Luciana.

Retomava à questão dos nascimentos buscando entender um pouco melhor a vida daquela mulher, que por vezes parecia vítima e outras culpada, levando-me a refletir sobre a parcialidade ou imparcialidade do profissional frente às situações encontradas na família. Ninguém é totalmente culpado, como totalmente inocente nas interações familiares.

Léia contou que engravidou de Sônia sem saber, pois O MÉDICO NÃO ME EXPLICOU DIREITO O QUE EU ESTAVA TOMANDO, ACHAVA QUE ERA ANTICONCEPCIONAL E ERA REMÉDIO PARA INFLAMAÇÃO. Tentei saber mais sobre esta informação, ou a falta dela, mas Léia parecia que não queria falar mais sobre o assunto. Lembrou que amamentou Sônia por bastante tempo, e de Alice, que nasceu de oito meses. Mais uma vez reforçou o sentimento de querer apenas a Luciana:

Refletindo sobre o sentimento de Léia, encontro em Barudy (1997)

uma possível explicação para este, quando ele busca no processo "attachement" emocional, ou melhor na falta deste, a resposta para a indiferença e o abandono que os pais têm com seus filhos. E muitas vezes são fontes de outros tipos de violência, dentro de uma perspectiva transgeracional.

Barudy (1997) diz que com muita frequência, a mãe ou o pai que bate, negligencia ou abusa sexualmente de seus filhos, não conheceu uma experiência de "attachement" suficientemente boa, e sendo assim, não pode oferecer de outra maneira a seus próprios filhos. Ao mesmo tempo que Léia fala do descaso do marido com ela e as filhas, deixou escapar que ele arrumou berço para elas, tapou os buracos da parede e ERA ELE QUE LEVANTAVA PARA ATENDER AS CRIANÇAS E DAR MAMÁ, isto demonstra que ele esteve presente no cuidado dos recém-nascidos.

Na mesma ótica, encontro algumas possíveis respostas para o comportamento agressivo de Sônia, de sua suspeita de prostituição e fixação por sexo, diagnósticos fornecidos pelo Conselheiro, quando Barudy (1997, p. 96) discorre sobre as conseqüências da negligência nas crianças e traça alguns indicadores de comportamento apresentado por elas: *comportamentos delinqüentes (vandalismo, prostituição, drogas, alcoolismo); problemas alimentares especialmente obesidade; erotização das relações interpessoais; roubo.* Todos comportamentos para chamar atenção sobre si.

Outro fator que levou-me a refletir, foi quando notei um certo "ciúme" (grifo nosso) da mãe para com a relação entre o pai e Sônia, QUANDO ELA VEM PRÁ CASA FICA LÁ E EU NÃO POSSO IR. Poderíamos tentar analisar esta situação sob vários ângulos. Embora a literatura nos dê várias pistas, optamos por não adentrar nesta problemática pois não nos sentimos suficientemente respaldados por tal investigação. Fica o registro desta situação como algo que pode ser desenvolvido em outro referencial.

**Calar, limitar, compreender são componentes do cuidado de enfermagem.**

Discuti com o Conselheiro, o encaminhamento desta família para o grupo de terapia familiar que estava acontecendo na cidade.

Retornando, alguns meses após, soube que eles submeteram-se a algumas sessões de terapia, que Sônia foi enviada para Porto Alegre por dois meses e agora está bem morando com o pai e estudando. Alice começou a dar alguns problemas de rebeldia. Léia está se tratando pois fora diagnosticada como maníaco-depressiva. Rosa continua cuidando da sua casinha e da irmã que mora longe; Luciana já retornou ao trabalho e seu filho foi para creche; e já Eliseu vai, às vezes, no grupo dos alcoólicos anônimos.

#### **5.3.4 A família de Sônia e a saúde**

Durante os diversos encontros, tive a oportunidade de abordar vários assuntos referentes ao processo de saúde/doença dos membros da família, de forma individual.

Rosa, a avó, tem catarata nos dois olhos tendo assim uma visão limitada. Informou que é só este problema pois não tem "pressão alta" ou "qualquer coisa no coração". Procurei informar-me sobre a cirurgia oftalmológica pelo SUS e passei as informações para a família. Inclusive fiquei sabendo que naquela época, o Lions Clube estava fazendo cadastramento para cirurgia gratuita, e incentivando-os a procurar este recurso.

Com Léia, minhas ações foram direcionadas no sentido de aliviar a sobrecarga de ansiedade com relação ao marido e às filhas. O nascimento do neto e o afastamento temporário de Sônia, deixaram-na mais calma. Sugeri, por várias vezes, o retorno ao tratamento, sessões de relaxamento e

fitoterapia.

O fato de dar atenção integral a ela, sem censura ou culpabilização, ajudou muito, segundo sua percepção e depoimento dos demais.

Com Luciana foi possível rever questões relativas ao parto, cuidados com o recém-nascido e planejamento familiar. Consegui apenas um encontro juntamente com o marido. A presença de Léia foi muito importante como cuidadora e fortaleci bastante este aspecto.

Alice, a irmã caçula, apresentava na época um episódio de escabiose, conversamos à respeito do tratamento e do cuidado com o grande número de animais domésticos em volta das casas. A família tinha conhecimentos sobre a doença e o tratamento, por isso, apenas reforcei as orientações.

Com Eliseu meu contato foi pouco, mas consegui que ele ouvisse algumas considerações sobre o comportamento dele junto às filhas. Depois desse encontro, ele procurou mais uma vez o A.A.

E com Sônia, como atuei? Tive apenas dois encontros com ela, no lar das meninas. Ponderei que no momento ela estava tendo ajuda especializada de psicóloga e da assistente social, e foi em conjunto com elas, que voltei minha atenção mais para a família no sentido de subsidiar de informações estas profissionais, bem como buscar um pouco de interações positivas para o retorno de Sônia. Mais uma vez, foi fundamental o trabalho interdisciplinar.

### 5.3.5 O processo de cuidar da família de Ronaldo

O processo de cuidar da família de Ronaldo foi, a primeira impressão, um pouco mais fácil do que a família de Sônia, pois as doenças estavam ali, na minha frente, naquela dura realidade de miséria e abandono.

Desde o primeiro momento envolvi-me muito com o coração(

afetivamente), pois pensava exaustivamente como poderia ajudar a mãe e os meninos, SEU ASPECTO ME PREOCUPOU, POIS SEUS OLHOS ESTAVAM AMARELOS E ERA GRANDE A SUJEIRA DELA, DA CASA E DOS MENINOS.

Precisava buscar mais informações sobre a doença do Ronaldo para ter uma posição frente ao caso. Fui direto ao Hospital Universitário, procurei os registros na Pediatria, depois no SAME e finalmente junto ao médico que assistiu Ronaldo nas últimas internações. O quadro cada vez gerava mais angústia e comprometimento. Precisava agir com rapidez, pois ele estava sem medicação e o inverno chegava.

A interação com essa família foi muito difícil, devido suas limitações. Muitas vezes sentia que eles não tinham noção da gravidade da doença de Ronaldo. E ao mesmo tempo, não tinham interesse em saber, talvez pelo próprio limite da pobreza.

Barudy (1997, p. 89) fala sobre a pobreza e o isolamento social como fatores que facilitam o aparecimento de negligência nos cuidados de saúde, dentre outras, a que chama de negligência contextual, ainda reforça *"a pobreza e o isolamento são fatores sociais mais estreitamente ligados à negligência"*. *A questão da negligência daquela família, frente a patologia do menino é explicada dentro da ótica eco-sistêmica*,. Encontrei na sua leitura a resposta para nossa maior inquietação: como chamar de negligente aquela mãe?

Algumas "chances" já haviam sido dadas a ela pelo Conselho Tutelar, quando autorizaram a alta hospitalar do menino e indicaram onde conseguir a medicação que ele necessitava, mas ela não foi buscar. Sua acomodação era o retrato da sua limitada expectativa de vida.

Na primeira visita com o Conselheiro para saber do menino e da medicação, ele marcou um dia para que ela fosse procurá-lo. Minha intuição dizia que ela não iria. Noutra ocasião soube que não havia comparecido por

falta de dinheiro para o ônibus, e que ela não disse que não sabia o telefone do Conselho Tutelar.

**Adotar tal atitude com respeito à; ter sensibilidade; empenhar-se; fazer por, são componentes do cuidar de enfermagem.**

Frente à gravidade do caso, elegi como prioridade, solucionar a falta de medicação. Fui à Secretaria de Saúde do Município, e através de colegas enfermeiras que lá trabalham consegui acesso à farmacêutica e as medicações. Sempre que contava o caso de Ronaldo, todos mostravam-se solidários.

Analisando este episódio, somos, todos, levados a pensar nas dificuldades que a população encontra quando precisa de medicação, dentre outros, pois tenho a consciência que a facilidade que tive, foi em razão de ser enfermeira e ter colegas conhecidas trabalhando naquele setor.

De posse da medicação, retornei para a segunda visita. Encontrei a casa e seus moradores com aspecto melhor. Estava fazendo um verãozinho em pleno inverno, anotei no diário: HOJE VENTA NORTE EM SANTA MARIA, A GENTE TEM A SENSAÇÃO QUE É VERÃO, ATÉ A MISÉRIA MELHORA.

Como Ronaldo parecia bem, e o clima estava ajudando, resolvi a marcar uma consulta no HU para avaliação do seu estado e da continuidade do tratamento.

Nesta época meu envolvimento com o HU era muito restrito, não sabia nem circular com desenvoltura dentro de seus labirintos, mas assim mesmo fui à luta, procurar pessoalmente pelo cardiologista. Ele lembrou do menino e colocou-se à disposição para reavaliá-lo. O caso preocupava-o, pois sabia das dificuldades da família. Depois de realizada esta etapa que contou com a mobilização do Conselheiro, do motorista e minha, um fato ficou claro para nós, Ronaldo não tinha condições de permanecer naquela

casa, desabrigado, sem dieta, etc.. Como mantê-lo com saúde dentro daquela "vida de sobrevivência"?

Esta questão remete ao problema da falta de articulação das políticas sociais com a realidade brasileira, onde por mais que se tenha um Estatuto da Criança e do Adolescente em vigor, não se tem a efetiva aplicação do mesmo. Assim também, existem os Conselhos Tutelares nas cidades, mas eles não conseguem "dar conta" de suas principais atribuições, ou melhor, como ouvi de um juiz "eles apenas apagam o incêndio", a municipalidade com seus programas sociais é que deveria acompanhar os casos.

Esta discussão está presente nos trabalhos de Deslandes (1994), Azevedo e Guerra (1989, 1993), dentre outras, quando analisam as dificuldades encontradas para implementar programas de apoio às famílias. A institucionalização de uma criança é a derrota do Estatuto, e para Ronaldo era a única possibilidade de uma sobrevivida com saúde. Este problema trouxe-me tristeza, pois penso que estar com a família, deveria ser sempre a premissa básica para o desenvolvimento de uma criança.

Conversei muito com o Conselheiro sobre a institucionalização de Ronaldo, porque seria uma medida, no meu entender, drástica. Ronaldo estava sendo privado do convívio de sua família para sobreviver a uma cardiopatia reumática.

Procurei, noutra visita, saber o que a família pensava a respeito do afastamento de Ronaldo. Adir, a mãe, disse: ELE VAI FICAR MELHOR. AQUI NÃO TENHO CONDIÇÃO DE CUIDAR BEM DELE. ELE QUER FAZER TUDO QUE O IRMÃO FAZ. SÃO BEM AMIGOS. Outro problema surgiu, a separação do irmão gêmeo. A mãe queria que fossem os dois juntos, assim ela poderia trabalhar.

O Conselheiro conseguiu uma vaga num lar onde há as casas-lares, com uma família. Amenizou um pouco minha angústia. Ronaldo sairia nos finais de semana para ficar com a mãe e visitar as irmãs. O vínculo seria

mantido, ou parcialmente mantido.

Enquanto aguardávamos a negociação da vaga, fiz várias visitas à família. Quando levei a medicação, preocupei-me em ter conhecimento se eles sabiam como tomar. Para facilitar, separei em quatro pequenas caixas. Fiz desenhos para indicar o horário e a dose. Esta visita foi especial, pois senti que estava bem próximos a eles, apesar de sempre ter como respostas, monossílabos. Embora estes estivessem, acompanhados de sorrisos e gestos de carinho e atenção.

Fiz questão de acompanhar Ronaldo até sua nova casa, e também foi-me solicitado fazer um relatório do caso dele, da patologia e dos cuidados que deveria receber. Senti que minha opinião era importante para eles.

Ronaldo está instalado no seu novo lar, cercado de cuidados. Passa os finais de semana com a mãe, que está ganhando um salário mínimo da Secretaria de Assistência Social, mas continua bebendo. Seu pai faleceu no final do ano de 1997. Frequenta a escola perto do Lar. Esteve novamente hospitalizado durante as férias que estava passando em casa. Seu irmão conseguiu uma vaga no mesmo lar para ficar junto de Ronaldo.

A “tia do Lar” está sempre em contato comigo, para que eu consiga medicações e consultas, e sempre que posso, vou visitá-los e levar presentes.

**Facilitar, ser generoso, orientar, fazer favores, gentilezas, amar, proteger, estimular, desafiar, dar presentes, são componentes do cuidar de enfermagem à família negligente.**

## 6 FINALIZANDO OU REFLETINDO NOVOS COMEÇOS

Neste capítulo, que posso chamar também de síntese conclusiva, reflito sobre a trajetória que iniciou com a escolha do tema, passando pela assistência às famílias e que ora resulta neste trabalho de dissertação.

Acho importante esta reflexão por permitir enxergar o trabalho de uma forma global, com todos os seus erros, acertos, limitações, superações, enfim, reavaliar criticamente o trabalho enquanto pessoa e enfermeira. A partir dessas reflexões posso ter perspectivas reais de dar continuidade no desvelamento das questões de violência doméstica, no cotidiano do meu fazer enfermagem.

Desde o começo, este tema gerou algumas angústias que acredito ter expressado nos capítulos anteriores, e que agora, finalizando, gostaria de dizer que elas desapareceram, mas não é bem assim. Verifico que houve um amadurecimento e a trajetória trilhada permite-me afirmar que nada é acabado e sim um processo, com avanços e retrocessos... As angústias iniciais cederam espaço ao comprometimento profissional surgido após o aprofundamento na leitura sobre o tema, a aproximação com a realidade das famílias e a visualização da responsabilidade da enfermeira frente à temática desenvolvida.

Outra questão importante de chamar atenção é sobre a metodologia, que foi sendo construída juntamente com o trabalho. Esta construção trouxe para a minha assistência muitas situações especiais, que possibilitaram olhar o mundo das famílias, de perceber semelhanças entre este mundo e o nosso, e de principalmente, aprender a não julgar as famílias que estão em situação de negligência com seus filhos. Acredito que isso foi facilitado pela escolha de ir ao domicílio, por ser este o grande espaço para o cuidado, e

ter como princípio não fracionar a assistência.

Na busca da literatura, encontrei uma grande variedade de autores e de abordagens que serviram para ajudar-me a visualizar a questão da violência doméstica, e dentre elas a negligência, com os mais variados "óculos", sob as mais variadas perspectivas de compreensão deste fenômeno.

Privilegiei a abordagem eco-sistêmica proposta por Barudy (1997) por entender que era o que mais aproximava-se de meus pressupostos e princípios. Com ela, ampliei conceitos iniciais sobre **negligência**, quando incorporei que as deficiências importantes nas funções parentais podem ser resultado de três dinâmicas que se entrelaçam: a biológica, a cultural e a contextual. Estas dimensões estão descritas na revisão de literatura. Com elas foi mais fácil "diagnosticar" quais seriam as situações de negligência apresentadas pelas famílias, e quais seriam as possíveis formas de intervenção.

Em cada dimensão, a enfermeira, assim como qualquer profissional de saúde, pode estar de ambos os lados da negligência, preocupados em auxiliar para que ela não ocorra, bem como ser um agente facilitador do aparecimento nas relações familiares. É possível exemplificar com situações do nosso cotidiano, quando não somos sensíveis em favorecer o primeiro contato entre mãe e filho; quando invalidamos um "saber cuidar" da família sem negociação; ou ainda quando taxamos a família de negligente, sem atentar para a pobreza e exclusão social em que se encontram a maioria destas famílias, e ainda quando dificultamos o acesso destas aos serviços social e da saúde, com políticas mesquinhas e descontextualizadas.

Em decorrência do alargamento do conceito de negligência, o mesmo aconteceu com os conceitos de **família negligente** e **situação de negligência**, incorporando elementos relativos à história de vida dos pais e, considerando com mais ênfase a questão da rede social que está em

torno das famílias.

A Planilha para Operacionalização do ECA foi um importante recurso para o entendimento que o fator maus tratos, e dentre eles a negligência não acontece apenas nas famílias, eles extrapolam o domicílio incluindo as instituições públicas e privadas quando violam ou deixam falhas no atendimento de crianças e adolescentes. Legalmente, esta leitura de responsabilidades aproxima-se muito do cotidiano dos profissionais de saúde, dos educadores, enfim, de todos que por opção ou circunstancialmente, tem com a criança e com o adolescente uma ligação direta.

Alguns elementos referentes à questão da responsabilidade legal incorporei no conceito de **enfermagem à família negligente**, como: *interagir com instituições como conselho tutelar e juizado da infância e adolescência; mediar as interações das famílias com estas instituições, comunicar suspeitas de maus tratos; dar atendimento especializado às vítimas e às famílias; orientar pais e/ou responsáveis para detecção de maus tratos em constrangimentos infringidos às crianças pelas instituições que se ocupam de seu cuidado, e ser solidário com todos os envolvidos.*

É fundamental chamar atenção para os **construtos do cuidado** previstas no conceito de enfermagem à família negligente, pois esses deram a dimensão e o caminho para a assistência prestada as famílias. Na forma que organizei metodologicamente, eles pontuaram o importante papel da enfermeira junto às famílias, assim como os princípios que orientaram as situações encontradas. Colocando-os em destaque, no interior do texto, refleti que seria a melhor forma de representar as ações da enfermeira, e mostrar o processo de cuidar naquelas famílias.

O conceito de **família** que utilizei, serviu para que ao longo do processo fosse refletindo, e por vezes, comparando ao de famílias negligentes, concluindo que este último esvaziou-se frente ao conceito de

**situação de negligência e família.** Explicando melhor, concluí que o que existe são **famílias em situação de negligência** com possibilidades de alterar esta situação com auxílio extra familiar. Assim não corremos o risco de perpetuar a negligência na família, relegando-a a mais exclusão, como reflete Barudy (1997, p. 91): *"os pais sentem-se como sem munição contra as críticas sociais que lhes designam como maus pais, e assim, reforçam suas permanentes frustrações e desejos de serem amados e reconhecidos"*.

O conceito de **ambiente** esteve sempre presente no meu envolvimento com as famílias. Foi possível observar as inter relações estabelecidas entre eles, e os diversos níveis de aproximação.

A família de Ronaldo mantém-se numa relação de distanciamento do ambiente, no sentido de buscar a melhora de sua qualidade de vida. Sempre tive a impressão de que eles mantinham-se numa posição de expectadores da sua própria vida, ou pior, de um conformismo patológico.

A família de Sônia, sempre pareceu mais dinâmica em relação ao ambiente, mantendo variadas interações, ajudando e sendo ajudada, reivindicando, causando tumulto, dentre outros. Meu entendimento é que sua relação com o ambiente é positiva, pois há trocas nessa relação. Como refleti nas páginas anteriores, "eles conseguem organizar-se dentro do caos".

Senti necessidade de rever o conceito de **saúde**, acrescentando o conceito sugerido na VIII Conferência de Saúde, pois refleti que o expresso na Constituição de 1988, não ofereceu a operacionalização que pretendia, embora reconheça que este conceito chama para o Estado responsabilidades frente às políticas de saúde para a população, e que a esta última cabe a responsabilidade de exercer o papel de controlador social, previsto na Constituição.

O conceito de saúde apresentado na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, incorpora elementos que ampliam a visão social de saúde.

*Em sentido mais abrangente, a saúde é o resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Ministério da Saúde, 1986).*

Hoje entendo o binômio ambiente-saúde, também como questão única, ou como diz Hall apud Giddens ( 1990 p. 51) quando aponta à possibilidade de vínculo entre a saúde e a proteção ambiental, causando *"uma nova apreciação da inter relação da saúde com a transformação estilos de vida locais e sociais"*.

Frente a todas as reflexões que fiz no encaminhamento deste trabalho de conclusão, alguns princípios precisaram ser relativizados ou flexibilizados, pois a experiência vivida comprovou que:

- a família é o principal vínculo da criança e do adolescente com o mundo ⇒ para: a família é um dos principais vínculos da criança e do adolescente com o mundo. As crianças e os adolescentes atualmente estabelecem vínculos extra familiares desde muito cedo, em decorrência da busca de sobrevivência dos pais. Esses vínculos devem ser considerados quando planejamos assistir às famílias;

- o lugar da criança é com a família ⇒ para - o lugar de criança é preferencialmente com a família. O caso de Ronaldo expressa o que pretendi dizer com relativizar, pois fui obrigada a admitir que "estar longe", era a diferença entre a possibilidade de uma vida com mais qualidade, compensando as limitações de sua doença, com a incerteza de passar cada inverno;

- a família é uma unidade de cuidados ⇒ para - a família é quase sempre uma unidade de cuidados. O caso de Sônia mostra que a família

pode ser cuidadora com todos os seus membros, ou apenas com alguns deles. Não podemos mais ser ingênuos, após todas as leituras, em acreditar que a família é SEMPRE boa e afetuosa com as crianças e adolescentes.

Tenho a certeza que com o passar do tempo e do meu envolvimento cada vez maior com esta temática, alguns conceitos, princípios e pressupostos ainda serão incorporados ao meu referencial de trabalho e de vida, mas o que consideramos mais importante é a desmitificação da temática, como Barudy (1997) chama "processus de connaissance", e ainda quando diz "je me sens impliqué émotionnellement et éthiquement, non seulement par la violence, mais aussi et surtout par les personnes qui ont vécu ces tragédies"<sup>15</sup>.

Para a desmitificação da temática se faz necessário que os alunos de graduação entrem em contato com a mesma, dentro das mais diferentes disciplinas teórico-práticas do currículo de enfermagem, ou grupos de estudo ou pesquisa. Infelizmente a questão da violência estrutural, bem como as variadas formas de violência doméstica, não estão somente nos recortes de jornais, estão perto, em nossos campos de aulas práticas, é só enxergar um pouco além.

O Ministério da Saúde (1993) considera "estratégico o papel das escolas de 1º e 2º graus na prevenção e identificação dos casos". Para tal ação, aponta a "necessidade de incluir, como conteúdo programático, de formação e reciclagem de professores" a temática da violência, possibilitando assim, o enfrentamento do problema.

As frentes para o enfrentamento são muitas, tanto quanto as diferentes formas de violência a que estão submetidos crianças e adolescentes.

O Ministério da Saúde (1993) ainda destaca o papel das universidades e centros de investigação como em "posição privilegiada para

---

<sup>15</sup> Eu me sinto implicado, emocionalmente e eticamente, não somente pela violência, mas também e sobretudo, pelas pessoas que vivem desta tragédia (tradução livre).

execução de pesquisas e formação de pessoal especializado na problemática”

Fatos atuais deixam-me com expectativas bastante positivas, pois tomei conhecimento que o Brasil assinará o Pacto Comunitário Contra Violência Intra familiar, em 25 de outubro de 1998, quando deverá descrever o que fará para reduzir as agressões em casa para o próximo ano. (Folha de São Paulo, 23/7/98).

Segundo Falcão (1998), uma das providências a serem tomadas pelos signatários do Pacto é oferecer cursos de treinamento e reciclagem à profissionais da saúde e educação, para facilitar a identificação da violência contra crianças e adolescentes.

A primeira iniciativa prática do Governo Federal, juntamente com a ONU, foi o lançamento da Campanha Nacional contra Violência Intrafamiliar, no dia 23 de julho de 1998, quando a Secretaria Nacional dos Direitos Humanos colocou telefones a disposição de qualquer pessoa que queira dar sugestões para prevenir a violência doméstica ou de formas alternativas de punir os agressores.

Acredito que após esse trabalho possa influenciar ou modificar, de alguma maneira, essa realidade. Para tanto, propus-me a continuar esta trajetória, fazendo o chamamento da enfermagem para ocupar o seu papel de implementadora de ações preventivas, curativas e educativas junto às famílias em situação de negligência, bem como em outras situações de risco.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGOSTINHO, Victor. **Maioria das agressões às crianças é feita pelo pai.** **Folha de São Paulo**, São Paulo, 09 dez.1995.
- ALTHOFF, Coleta. **Pesquisar a família é tarefa complexa.** **Inter Ação:** boletim informativo da família. Florianópolis. GAPEFAM/NECAD: PEN/UFSC, nº 1, 1998.
- AOKI, L.P.S., TARDELLI, R. **Aspectos jurídicos da concepção de família na sociedade brasileira.** **Rev. Bras. Cresc. Des. Hum.** São Paulo, v. 4, n. 1, p. 05-14, 1994.
- ARIÈS, Philippe. **A história social da criança e da família.** Rio de Janeiro : Guanabara, 1981.
- ASSIS, Simone G. **Crescer sem violência: um desafio para educadores.** Rio de Janeiro : Fiocruz/Ensp/Claves, 1994.
- AZEVEDO, M.A., GUERRA, V.N.A. (organizadoras). **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder.** São Paulo : Iglu, 1989.
- . **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento.** São Paulo : Cortez, 1993.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARUDY, Jorge. **La douleur invisible de l'enfant: approche écosystémique de la maltraitance.** Ramonville Saint-Agne: Éres, 1997.
- BIEHL, Jane I. **Construindo um cuidado interativo com cuidadoras de enfermagem à criança internada por maus-tratos: uma prática no "Ateliê de Vivências".** Porto Alegre: Mestrado Expandido UFRGS/UFSC, 1996. Relatório da Prática Assistencial. Mimeogr.
- BIEHL, Jane I. **Criança hospitalizada por maus-tratos: o cuidado e significado das vivências de cuidadores de enfermagem.** Florianópolis: UFSC, 1997. Dissertação ( Mestrado em Enfermagem ). Universidade Federal de Santa Catarina. 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente.** Brasília, 1991.

- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (CF/88).** Maurício Antônio Ribeiro Lopes (Coord.). 2. ed. São Paulo : Revista dos Tribunais, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência contra criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica.** Brasília, 1993. 24 p.
- BRÉTAS et al. O enfermeiro frente à criança vitimizada. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 03-10, jan/mar, 1994.
- BRUM. Eliane. Quando o perigo mora em casa. **Zero Hora**, Porto Alegre, 24 set. 1998. p. 58.
- BRUSCHINI, Cristina. Teoria crítica da família. In AZEVEDO, M.A, GUERRA, V.N.A. (Org). **Infância e Violência doméstica: fronteiras do conhecimento.** São Paulo: Cortez, 1993.
- CARVALHO, M.C.B., GUARÁ, I.M.F.R. A família: um sujeito pouco refletido no movimento de luta pelos direitos da criança e do adolescente. **Rev. Bras. Cresc. Des. Hum.** São Paulo, v. 4, n. 1, p. 45-48. 1994.
- CAVERSAN, Luis. Criança feliz? **Folha de São Paulo.** São Paulo, 20 mar. 1998, p. 1-2.
- CENTRO DE ESTUDOS LATINO-AMERICANO DE ESTUDOS DE VIOLÊNCIA e SAÚDE ( CLAVES)- "JORGE CARELI". ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro.
- DESLANDES, Suely F. **Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço.** Rio de Janeiro : FIOCRUZ/CLAVES, 1994a.
- . **Prevenir a violência: um desafio para os profissionais de saúde.** Rio de Janeiro : Fiocruz/Ensp/Claves, 1994b.
- EIDT, Olga R. **A criança vítima de maus-tratos.** [S.n], 1996. Apontamentos de palestra proferida no Seminário de Atenção Integral à Criança.
- ELSEN, Ingrid. Saúde familiar: a trajetória de um grupo. In BUB, L.I..R.(Coord). **Marcos para prática de enfermagem com famílias.** Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994.
- FALCÃO, Daniela. Parente é principal autor de morte infantil. **Folha de São Paulo**, 23 jul.1998. 3 cad., p.1.

- FARINATTI, Franklin. Reconhecendo a síndrome da criança maltratada. **Revista Médica da Santa Casa**. Porto Alegre, v. 7, n. 13, p. 1379-1383, 1995.
- FARINATTI, F., BIAZUS, D.S., LEITE, M.B. **Pediatria social**. Rio de Janeiro : Medsi, 1993.
- FERREIRA, Aurélio B. de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. 2 ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- GRUPO DE ASSISTÊNCIA, PESQUISA E EDUCAÇÃO NA ÁREA DA FAMÍLIA (GAPEFAM). **Princípios e conceitos**. Florianópolis, [199\_\_].
- GUERRA, V.N.A., SANTORO, Jr., AZEVEDO, M.A. Violência doméstica contra criança e adolescente e políticas de atendimento: do silêncio ao compromisso. **Rev. Bras. Cresc. Des. Hum. II**, São Paulo, n. 1, p.71-96, 1992.
- LEVISKY, L.D. **Adolescência e Violência: conseqüências da realidade brasileira**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- LÜDKE, Menga, ANDRÉ, Marli E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo : EPU, 1986.
- MANCIAUX, Michele et al. **Enfances en danger**. Paris : Éditions Fleurus, 1997.
- MAZZA, Maria P.R. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, [s.p.] jul./dez. 1994.
- MELLO, S.L. Família das classes populares: tradição e mudança. **Rev. Bras. Cresc. Des. Hum.** São Paulo, v. 4, n. 1, p. 21-27, 1994.
- MINAYO, M.C.S. **Bibliografia comentada da produção científica brasileira sobre violência e saúde**. Rio de Janeiro : ENSP, 1990. 168 p.
- MORAIS, Eliane P. **Projeto de assistência de enfermagem à família de crianças negligenciadas: uma proposta inicial**. Florianópolis: UFSC, 1996a. Projeto da disciplina de prática assistencial.
- . **Quando estar longe é necessário: relato de uma experiência**. Florianópolis: UFSC, 1996b. Relatório da disciplina de prática assistencial.
- NITSCHKE, Rosane G. **Nascer em família: uma proposta de assistência de enfermagem para a interação da família saudável**. Florianópolis: UFSC, 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina. 1991.

NOGUEIRA, Paulo L. **Estatuto da criança e do adolescente comentado**. São Paulo : Saraiva, 1991.

• OSÓRIO, Luis C. **Família hoje**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996.

OLIVEIRA, Thaís. "Não gosto do meu filho". **Revista Cláudia**. São Paulo, p.214-217, abr., 1998.

PATRÍCIO, Zuleica. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável individual e coletivo: uma questão de bioética numa abordagem holístico-pedagógica**. Florianópolis: UFSC, 1995 Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina. 1995.

— **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfoque sócio-cultural**. Florianópolis: UFSC, 1990, Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. 1990.

PENNA, Claudia M.M. **Repensando o pensar: análise crítica de um referencial teórico à família**. Florianópolis: UFSC, 1992. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina. 1992.

PENNA, Cláudia M.M. Uma questão conceitual. In BUB, L.I.R. (coord) **Marcos para prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994.

• PEREIRA, Tania da S. **Direito da criança e do adolescente, uma proposta interdisciplinar**. Rio de Janeiro : Renovar, 1996.

POLIT, Denise F., HUNGLER, Bernadete P. **Essentials of nursing research** 2 ed. Philadelphia : Lippincott, 1989.

RIBEIRO, Ivete M. **Interação: a enfermagem assistindo à família da criança maltratada**. Florianópolis: UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina. 1990.

ROLIM, Marcos et el. **Relatório azul**. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1996.

SAFFIOTI, Heleieth A síndrome do pequeno poder. In: AZEVEDO, M.A., GUERRA, V.N.A. **Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder**. São Paulo : Iglu, 1989.

SANCHES, C.D. O conceito de família hoje deve ser reavaliado. **Diário da Justiça** . Porto Alegre, 8 de. Maio 1998, p. 63-64.

SANTOS, Beatriz C., SILVA, José A da, MARTINS, Márcia R. S., et all.  
**Maus-tratos e abuso sexual contra crianças e adolescentes: perfil da situação no Estado do Rio Grande do Sul.** São Leopoldo: Cedeca. 1998.

SCABINI, Eugênia. **Ciclo de vida familiar e ciclo de saúde da família.**  
[S.l. : s.n, 19--] mimeo.

SIQUEIRA, Arnaldo, A.F. (Org.) **Estatuto da criança e adolescente: planilha para operacionalização.** São Paulo : CDH/CBIA, 1992. 2 v.

**BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS**

- ARENAS, D.J.M., MORAIS, E.P, HENCKEMAIER, L. et al. **Reavaliando o marco teórico de GAPEFAM**. Florianópolis : UFSC, 1995. Trabalho apresentado para a disciplina "Teorias e Processos de Enfermagem", no Curso de Especialização em Saúde da Família.
- BIAZOLI-ALVES, Z.M.M. **Desenvolvimento humano**. São Paulo : Universidade de São Paulo, 1985. mimeo.
- BRANDÃO, Carlos R. **O que é educação**. 32. ed. São Paulo : Brasiliense, 1994.
- CARVALHO, M.C.B. Repensando a criança e o adolescente como valor de troca: a política de assistência social e o estatuto da criança e do adolescente. **Rev. Bras. Cresc. Des. Hum. II**, São Paulo, n. 1., p. 59-70, 1992.
- HOSPITAL DA CRIANÇA SANTO ANTÔNIO. **COMITÊ DE DEFESA DA CRIANÇA. Apontamentos das reuniões**. Porto Alegre, 1996.
- GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.
- GONZAGA, Flávia R.S.R. O processo educativo em saúde como prática assistencial. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 1. n. 1, 74-87, jan./jun. 1992.
- HOCHART, F, ANNICK R. **L'hôpital face à l'enfance maltraitée: une passerelle entre coups et réparation**. Paris: Karthalla, 1997.
- HORTA, Wanda A. **Processo de enfermagem**. São Paulo : EPU, Ed. da Universidade de São Paulo. 1979.
- SCHNEIDER, José F. Algumas idéias sobre a atenção integral à criança no atual sistema de saúde. **Município e Saúde**. Ijuí, v. 2, n. 2, p.30-35, jan./jun. 1994.
- VAITSMAN, Jeni. **Flexíveis e plurais: identidade, casamento e família em circunstâncias pós-modernas**. Rio de Janeiro : Rocco, 1994.

**ANEXO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO<sup>1</sup>:**

A entrevista constitui numa conversa estruturada face a face, que tem por objetivo a obtenção de informações sobre a família. Para isto será utilizado um instrumento com questões estruturadas e indicadas pela letra "E". O entrevistador deverá receber um treinamento para realização da entrevista observando os seguintes aspectos:

- explicar a finalidade e relevância do projeto e ressaltar a necessidade de sua elaboração;
- criar um ambiente de modo que o entrevistado sinta-se à vontade e fale espontaneamente;
- fazer uma pergunta de cada vez;
- não induzir as respostas;
- anotar as respostas no momento da entrevista e com as mesmas palavras que o entrevistado usar;
- conferir as respostas, se necessário;
- terminar a entrevista de forma cordial, colocando a possibilidade de retornar para obtenção de novas informações.

A observação consiste na utilização dos sentidos para obter informações sobre certos aspectos da vida familiar que interessam ao estudo. Será realizada no contato do observador com um ou mais membros da família na visita domiciliar e no encontro da família na escola ou em outra instituição da comunidade. O instrumento define algumas questões a serem observadas, indicadas pela letra "O". Na utilização desta técnica, o observador deve estar atento para os seguintes pontos:

- imparcialidade, não dar suas próprias opiniões;
- ser paciente, não fazer conclusões precipitadas;
- buscar as informações importantes;

---

<sup>1</sup> O instrumento será adequado à situação problema do trabalho- famílias negligentes em cuidados de saúde. Este instrumento foi adaptado do Prontuário Família criado e utilizado no GAPEFAM-Universidade Federal de Santa Catarina.

- registrar de maneira precisa e com fidelidade;
- observar atentamente toda a cena e se houver a intervenção do observador registrar o ocorrido;
- registrar de maneira precisa procurando ser o mais fiel às palavras do informante.

### **ORIENTAÇÕES PARA A APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO**

No contato inicial da família serão preenchidas as questões de acordo com as condições da momento. Nesta ocasião ocorrerá a Aproximação, que constitui o processo de interação inicial com a família feita através do diálogo. Desta forma, o instrumento contém um espaço para registrar a descrição do encontro, destacando de forma resumida como se deu e a razão da interação. A seguir, será feito um acompanhamento com tantas entrevistas quanto forem necessárias para compor um quadro global da desta família.

## PRONTUÁRIO FAMÍLIA

### 1. IDENTIFICAÇÃO

(E) 1.1 Quem são as pessoas que fazem parte da família?

Membros da Família	sexo	data de nascim.	escolaridade	ocupação	parentesco/afinidade

**APROXIMAÇÃO:** É o processo de interação com a família feito através do diálogo. O registro consta da descrição deste encontro, destacando de forma resumida, quem procurou o grupo e o motivo pelo qual procurou.

**2. CARACTERIZAÇÃO:** Descrição dos aspectos que distinguem a família.

(E) 2.1 - Qual é o endereço da família?

(E) 2.2 - Qual é o ponto de referência da casa?

(E) 2.3 - De onde vocês são?

(E) 2.4 - Como foi a chegada de vocês nesta cidade?

(E) 2.5 - Como sua família é conhecida pelas pessoas aqui?

(E) 2.6 - O que é família para vocês?

**3. ORGANIZAÇÃO FAMILIAR:** É a história de vida, processo de viver, interação e dinâmica familiar.

(E) 3.1 - Como o casal se conheceu?

(E) 3.2 - Há quanto tempo estão juntos?

(E) 3.3 - Essa é a primeira união?

(E) 3.4 - Tem filhos anteriores a esta união? Quantos?

(E) 3.5 - E quantos filhos da atual união?

(E) 3.6 - Que acontecimentos importantes marcaram a vida de vocês?

(E) 3.7 - Quem assume as atividades com relação à:

- casa:

- ao cuidado das crianças:

- à despesa familiar:

(E/O) 3.8 - Como é o dia-a-dia da família?

(E/O) 3.9 - Vocês conversam sobre o fazem no seu dia-a-dia ?

(E/O) 3.10 - Os membros da família costumam fazer atividades juntos? Qual?

(E/O) 3.11 - Vocês discutem sobre seus problemas?

(E/O) 3.12 - Quando aparece um problema o quê vocês fazem para tomar decisão?

(E/O) 3.13 - Quem toma as decisões na família?

(E/O) 3.14 - É sempre a mesma pessoa que toma as decisões?

(E/O) 3.15 - A família aceita a ajuda de outras pessoas para resolver os problemas?

(E/O) 3.16 - Todos os membros da família aceitam as decisões tomadas?

(E/O) 3.17 - O que vocês costumam conversar na dia-a-dia?

(E/O) 3.18 - Quem participa desta conversa?

(E/O) 1.19 - Como é a relação entre vocês?

(E/O) 1.20 - O que a família faz para manter-se unida?

**4. AMBIENTE:** É o meio físico, social, cultural, econômico e político no qual a família interage.

(E/O) 4.1 - Que religião a família costuma praticar?

(E/O) 4.2 - Que outras práticas vocês costumam fazer juntos com outras famílias ou com a comunidade?

(E/O) 4.3 - O que a família costuma fazer no nascimento, casamento ou morte de seus membros?

- (E/O) 4.4 - Quais são as pessoas que a família se relaciona na comunidade?
- (E/O) 4.5 - Quando a família precisa de ajuda, quem vocês procuram?
- (E/O) 4.6 - Que tipo de ajuda a família costuma pedir?
- (E/O) 4.7 - De quem é a casa/terreno onde vocês moram?
- (O) 4.8 - Tipo de construção, número de cômodos, iluminação e ventilação
- (O) 4.9 - Como a família usa o espaço da casa?
- (O) 4.10 - Condições de higiene.
- (O) 4.11 - Área de terreno ( aproveitamento)
- (E/O) 4.12 - De onde vem a água? ( distância, registro) É tratada?
- (E/O) 4.13 - Para onde vai a água que sai do banheiro e da cozinha?
- (E/O) 4.14 - Há vaso sanitário e chuveiro na casa?
- (E/O) 4.15 - Onde é colocado o lixo?
- (E/O) 4.16 - Tem algum tipo de animal?
- (E/O) 4.17 - Tem insetos e ratos? O que fazem para acabar com eles?
- (E/O) 4.18 - Qual a participação da família na comunidade?
- (E/O) 4.19 - O que a família espera que a comunidade deve oferecer para auxiliar a família?
- (E/O) 4.20 - Quais os serviços que a comunidade oferece para atender a família?
- (E/O) 4.21 - Como a família utiliza estes serviços?
- (E) 4.22 - Qual a participação da família na escola?
- (E) 4.23 - O que a família espera da escola?
- (E) 4.24 - Para viver numa comunidade, quais são as suas responsabilidades?
- (E) 4.25 - O que a comunidade está fazendo para atender a vida da família?
- (E) 4.26 - O trabalho oferece direitos?
- (E) 4.27 - Como cada um sente-se no trabalho?
- (E) 4.28 - Quem contribui para a renda familiar?
- (E) 4.29 - Onde há maior gasto de dinheiro?
- (E) 4.30 - O que vocês acham da intervenção do Conselho Tutelar na vida de vocês?
- (E) 4.31 - Porque o Conselho foi chamado?
- (E) 4.32 - O que mudou depois de terem sido chamados no Conselho?

**5. SAÚDE DA FAMÍLIA:** Ações desenvolvidas para atender as necessidades e o bem estar da família.

- (E/O) 5.1 - O que é saúde para vocês?
- (E/O) 5.2 - O que é doença?

- (E) 5.3 - Quando estão doentes, o que acham que aconteceu?
- (E) 5.4 - Quais os problemas de saúde mais freqüentes?
- (E) 5.5 - Quais os cuidados de saúde que a família presta para seus membros?
- (E) 5.6 - Quais os que tem preocupado mais a família?
- (E) 5.7 - Há alguém fazendo algum tratamento?
- (E) 5.8 - Quando a família precisa de ajuda em relação a saúde ou doença, quem vocês procuram?
- (E) 5.9 - Quais os serviço de saúde que a família costuma procurar?
- (E) 5.10 - Quais as dificuldades que a família enfrenta quando busca os serviços de saúde?
- (E) 5.11 - O que costuma comer no dia-a-dia?
- (E) 5.12 - Quais os cuidados no preparo da comida?
- (E) 5.13 - Quantas refeições fazem juntos?
- (E) 5.14 - Quem prepara a alimentação?
- (E) 5.15 - Aonde guardam a comida?
- (E) 5.16 - Há algum alimento que faz mal a família?