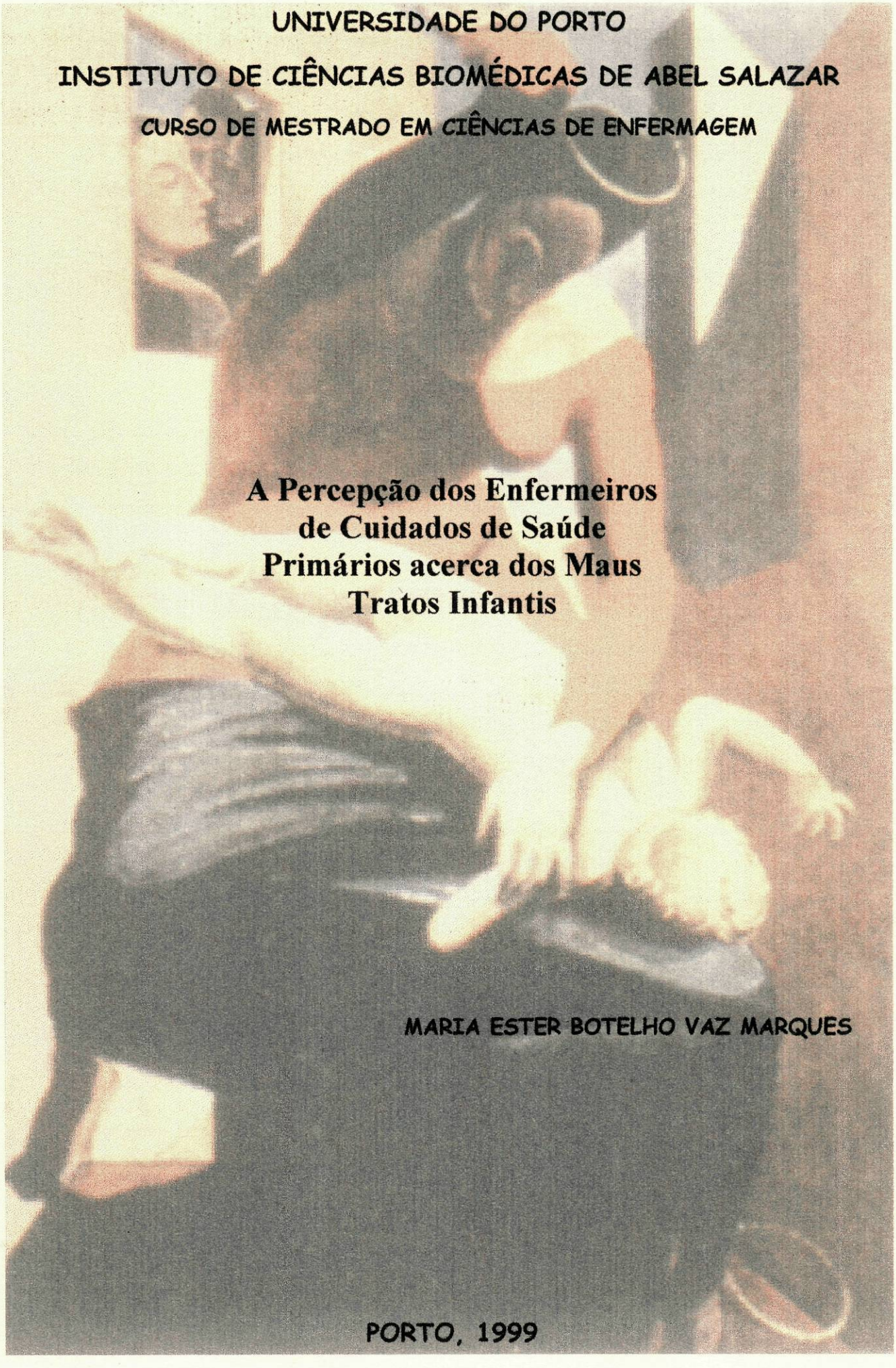
UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR

CURSO DE MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM



A Percepção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários acerca dos Maus Tratos Infantis

MARIA ESTER BOTELHO VAZ MARQUES

PORTO, 1999

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
Mestrado em Ciências de Enfermagem

A Percepção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários acerca dos Maus Tratos Infantis

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de mestre em Ciências de Enfermagem

Professor orientador
Professor Doutor Octávio Cunha

Maria Ester Botelho Vaz Marques

PORTO, 1999

AGRADECEMOS:

Ao Professor Doutor Octávio Cunha

- Pela sensibilidade demonstrada, pela orientação, ajuda, entusiasmo e encorajamento

Ao Ricardo

- Pela ajuda desinteressada que efectuou

Aos enfermeiros participantes

- Pela boa vontade e colaboração

Aos meus amigos, em particular ao Dr. Caramelo

- Que me incentivaram e ajudaram a caminhar.

Ao João, ao Nuno e à Ana,

Pela compreensão e carinho que me dão em todo o meu trabalho e pelas poucas horas que lhes dedico em função do mesmo.

"Gentias, despedaçadas interiormente cegas,
sozinhas que não pediram para chegar
Estranhas no próprio corpo, na terra que pisam,
E, ninguém lhe estende a mão...
Uns são carrascos
Outros passarão ao largo
Diáfanos, perguntando maliciosamente,
Porque não são ajudados?...
A tentar escapar a um destino que não quiseram
É ali que se inicia o principio do fim,
A destruição temida, anunciada...
Contra tudo e contra todos uma voz impávida ditará
Ides contra indefesos...Eis-me contra vós."

Eli Jansen

RESUMO

*O presente trabalho teve por objectivo inicial, a identificação da "**Percepção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários, acerca dos Maus Tratos Infantis**".*

Para alcançar a consecução desse objectivo, realizamos um levantamento de dados por entrevista, que nos permitiu a reflexão sobre o vivido pelos enfermeiros, através da sua descrição após uma pergunta de investigação, de acordo com a qual pedíamos aos enfermeiros para relembrarem uma situação de maus tratos infantis que tivessem experienciado e para descreverem que percepção resultou para eles essa experiência.

O método aplicado foi o fenomenológico, decorrente de uma síntese pessoal que realizamos a partir da bibliografia especializada que consultamos. Não se tratou de criar um método pessoal, antes houve necessidade de adequar aquilo que já havia sido experimentado ao que estávamos a estudar.

O método foi desenvolvido em seis passos fundamentais, incluindo cada um deles determinados pormenores que visam a validade dos dados em análise. Sucintamente, podemos descrever o método aplicado através das seguintes fases: Encontrar as frases significativas a partir daquelas; elaborar temas através da reunião dos anteriores; reunir aqueles em cachos de temas que descreve e permitem analisar o problema de investigação. Não partimos para a elaboração de categorias, por entendermos serem sobreponíveis aos cachos de temas e assim provocar repetição na análise.

Foram realizadas as entrevistas necessárias a alcançar a saturação de campo, em vários Centros de Saúde.

As questões que analisámos permitiram-nos então isolar vários cachos de temas que resumem aquilo que resulta da vivência das situações de maus tratos pelos enfermeiros, ou seja: a relação de ajuda em relação à criança vítima de maus tratos; os maus tratos como um problema de Saúde Pública; existe dificuldade em agir na resolução dos casos; o papel do enfermeiro na comunidade; a resolução das situações passa pelo envolvimento multidisciplinar e a avaliação da acção desenvolvida.

Analisados que foram estes cachos de temas, foi-nos permitido concluir que a Percepção dos Maus Tratos Infantis pelos Enfermeiros, passa pelo enquadramento da relação de ajuda à criança vítima de maus tratos, de onde ressalta a existência de um caso que marca mais e influencia experiências futuras, bem como a vontade de fazer justiça pelas próprias mãos. O processo de cuidar a criança é visto como fundamental no desenvolvimento desta relação e ao ultrapassar as habilidades técnicas assume-se como a essência do que é ser enfermeiro. Há ainda a descrição dos sentimentos experienciados quando surgem estas situações.

O debate acerca da classificação dos maus tratos infantis, levou-nos à caracterização do quadro, em termos de quem maltrata, porque o faz e é apontado quem geralmente faz a denuncia. Nesta reflexão são feitas também inferências acerca das circunstâncias de vida que envolvem estes casos e a necessidade do envolvimento de uma rede social de apoio, a par com a necessidade de ajuda à criança e família .A dificuldade em agir, prende-se essencialmente com a complexidade dos casos, associada à dificuldade em admiti-los e efectuar a sua denuncia, bem como a morosidade legal que se encontra subjacente.

A importância do desempenho profissional do enfermeiro, bem como a necessidade do reconhecimento dessa importância pela comunidade, constitui a descrição do papel da enfermeiro na comunidade, que é ainda completada pela descrição das estratégias de ajuda à criança.

As conclusões deste trabalho, passam ainda pelo reconhecimento da necessidade da actuação multidisciplinar, encarada como meio de prevenção e/ou resolução. E, onde as esferas de competências se sobrepõem apenas com o único e comum objectivo que é ajudar a criança.

A avaliação surge como o corolário da acção desenvolvida e de onde realça um sentimento de validade e utilidade.

ABSTRACT

The first purpose of the present work was identifying ***the Perception of Primary Health Care Nurses on Child Abuses****. To achieve this purpose, we carried out a data collection by means of interview that allowed us a reflection upon the nurses experiences through their description after a target question foccused on the nurses'recall of a Child abuse situation case they had lived, followed by the description of the perception they've had. The phenomenological method was chosen after having consulted specialised bibliography. Our goal was not to develop a method of our own, but to adapt what had been experimented previously to our field. The method was constructed in six main steps, each of them including specific details that aim to the validation of the data. Summing up, we can describe the method through the following steps: to find out the meaningful sentences; to establish topics thorough gathering them; further organisation in groups of topics that allow us to analyse the research problem. We didn't build up categories, because we realise they would be similar to groups of topics, leading to analyses repetition.*

Enough interviews were made in order to achieve total data collection in several Health Care Centers.

The questions we analysed allowed us to isolate several groups of topics that sum up the result of the experienced situations of Child Abuses, that is: the help relation towards the abused child; child abuse as a problem of Public Health; the difficulties in acting in order to solve the problems; the role of the nurse in the community; the situation solving requires a multidisciplinary engagement and the assessment of the developed action. After the analysis of this group of topics we were allowed to conclude that the Nurse's Perception on Child Abuse goes through the contextualization of the help relation to the abused child, from which emerges the existence of a striking case and has influence upon future experiences, as well as the will of making justice by their own hands. The process of taking care of the child, going beyond technical skills, is regarded as fundamental to the development of that relation and presented as the essence of what being a nurse means. There is still the description of the experience feelings when those situations appear. The debate on the classification of child abuse cases lead us to the characterization of the situation in terms of who abuses, why he does it and pointing out the person who accuses.

In these reflection, inferences are also made about life circumstances that envolve these cases and the need of engagement of a social net of support, side by with the need of help to child and family.

The difficulty in action, depends essencially on the complexity of the cases, associated with the difficulty in admiting and accusing them, as well as the legal time- consuming process. The importance of the professional performance of the nurse, as well as the need of acceptance of that importance by the community, builds up the description of the role of the nurse in the community, completed by the description of the strategies of child help. The conclusions of this work include the recognition of the need of the multidisciplinary action, regarded as a way of prevention and/or resolution. And where the spheres of competence converge to a common purpose, which is to help the child, the assessment appears as a corollary of the action developed and from which a feeling of validity and utility emerges.

SUMÁRIO

pág.

INTRODUÇÃO 10

PARTE PRELIMINAR
IDENTIFICAÇÃO DO FENÓMENO

Capitulo primeiro

1 – A CRIANÇA 14
1.1 – A AMBIGUIDADE DO SER 14
1.2 – A CRIANÇA, SER COM DIREITOS 17
1.3 – A CRIANÇA VITIMA DE MAUS TRATOS 21
1.3.1 – Maus tratos infantis: Um pouco de história 22
1.3.2 – Alguns dados estatísticos 27
1.3.3 – Definição 29
1.3.4 – Factores Etiológicos 31
1.3.5 – As consequências 38

Capitulo Segundo

2 – O MÉTODO FENOMENOLÓGICO 39
2.1 – CLARIFICAÇÃO DO TERMO FENOMENOLOGIA 40
2.2 – A REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA 43
2.3 – O SIGNIFICADO DO TERMO "VOLTAR ÀS COISAS MESMAS" 45
2.4 – A PESQUISA FENOMENOLÓGICA EM ENFERMAGEM 47

Capitulo Terceiro

3 – A FENOMENOLOGIA ENVOLVIDA NA PERCEPÇÃO DOS MAUS TRATOS INFANTIS 53
3.1 – A FENOMENOLOGIA DA PERCEPÇÃO 54
3.1.1 – Noção de Percepção 54

PARTE PRIMEIRA

DESCRIÇÃO DO CAMPO NO QUAL SE MANIFESTA O FENÓMENO

Capitulo Primeiro

1 – ESTRUTURAÇÃO DO ESTUDO 66
1.1 – OBJECTIVO DO ESTUDO E PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO 68
1.2 – SELECÇÃO DA AMOSTRA 69
1.3 – SATURAÇÃO DE CAMPO 73

Capitulo Segundo

2 – RECOLHA DOS DADOS 75

Capitulo Terceiro

3 – RESULTADOS DA PESQUISA 78
3.1 – VALIDAÇÃO DOS DADOS 80
3.2 – TEMAS RESULTANTES DA ANÁLISE DOS DADOS 82

PARTE SEGUNDA

EXPOSIÇÃO ACERCA DA PERCEPÇÃO DOS MAUS TRATOS INFANTIS PELOS ENFERMEIROS

Capitulo Primeiro

1 – REFLEXÃO ACERCA DOS TEMAS ENCONTRADOS 86
1.1 – A RELAÇÃO DE AJUDA EM RELAÇÃO À CRIANÇA VITIMA DE MAUS TRATOS 86
1.1.1 – Existe sempre um caso que marca mais e influencia experiências futuras 89
1.1.2 – Existe vontade de fazer justiça pelas próprias mãos 97
1.1.3 – O processo de ajuda à criança envolve o cuidar 101
1.1.4 – Sentimentos experienciados quando se lida com o caso 105
1.2 – OS MAUS TRATOS INFANTIS COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA 109
1.2.1 – Caracterização do quadro de Maus Tratos Infantis 110
1.2.2 – Os Maus Tratos como um problema de Saúde Pública 112
1.3 – DIFICULDADE NA RESOLUÇÃO DOS CASOS 118
1.3.1 – Dificuldade para agir na resolução dos casos de maus tratos 119
1.3.2 – Morosidade do processo 123
1.4 – PAPEL DO ENFERMEIRO JUNTO DA COMUNIDADE 124
1.4.1 – Papel do enfermeiro na comunidade 125
1.4.2 – Actuação do enfermeiro junto da criança 130
1.5 – IMPORTÂNCIA DA ACÇÃO MULTIDISCIPLINAR 133
1.6 – AVALIAÇÃO DA ACÇÃO 137

PARTE TERCEIRA

SIGNIFICADO DO ESTUDO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Capítulo Primeiro

1 - SIGNIFICAÇÃO E LIMITAÇÕES DO ESTUDO 140
2 – CONSIDERAÇÕES FINAIS 142

BIBLIOGRAFIA 145

ANEXOS
Anexo A – Autorização para a realização de entrevistas 151
Anexo B – Verbatim das entrevistas realizadas 153
Anexo C – Significações elaboradas desde as frases significativas 182
Anexo D – Cachos de temas 209

ÍNDICE DE QUADROS

		pág.
Quadro 1	– Esquema de raciocínio indutivo, utilizado na analise dos dados	80
Quadro 2	– Agrupamento dos temas por cachos, de acordo com a pergunta de investigação; Qual a percepção dos enfermeiros acerca dos maus tratos infantis	84
Quadro 3	– A relação de ajuda á criança vítima de maus tratos	88
Quadro 4	– Os maus tratos infantis como um problema de Saúde Pública ...	109
Quadro 5	– Dificuldade na resolução dos casos	119
Quadro 6	– Papel do Enfermeiro na comunidade	125
Quadro 7	– Importância da acção multidisciplinar	133

0 - INTRODUÇÃO

Os maus tratos infantis surgem-nos na sociedade contemporânea, como um fenómeno novo, resultado de uma profunda alteração de estilos de vida, com consequente alteração dos valores morais, individuais e colectivos.

Pode por outro lado ser visto como a emergência de um fenómeno sempre existente, que se encontrava escamoteado também por regras sociais rígidas, mas permitidas e aceites.

Aliado aos sentimentos de revolta que suscita, é essencialmente um problema de saúde pública de grande magnitude, não apenas pelas causas em si, mas sobretudo pelas consequências que dele advêm, podendo mesmo falar-se de um flagelo social.

Exige, pela complexidade dos factores envolventes uma intervenção precoce e interdisciplinar.

É enquadrada nesta linha de pensamento que perspectivamos este estudo acerca da criança vitima de maus tratos: Conhecer para poder agir.

O tema em estudo não surgiu para nós de forma aleatória, ele traduz uma preocupação pessoal crescente acerca da situação destas crianças.

A nossa experiência profissional em pediatria, permitiu-nos tomar conhecimento destas situações, bem como das consequências, traduzidas nas muitas sequelas produzidas nas crianças submetidas à violência.

Mais recentemente, também a experiência com alguns alunos em estágio nos Centros de saúde nos deu a possibilidade de verificar a existência de muitas crianças com

graves problemas, seja de maus tratos ou apenas negligência, que existem ainda e apenas porque a falta de formação ou as deficiências de educação assim o condicionam.

O facto das profissões de saúde, entre as quais se encontra a enfermagem serem elementos de primeira linha, na identificação de grande número de casos, amplia a nossa responsabilidade, no desencadeamento de medidas que possam contribuir para a sua resolução, sobretudo na tónica da prevenção.

Nesta sequência, o nosso interesse foi condicionado por entendermos que o enfermeiro ocupa uma posição de destaque para abordar este tema.

Mas para detectar, é necessário conhecer...

Será que os enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários estão despertos para estes casos?
Estarão conscientes da importância do seu papel?
Que vivências resultam das suas experiências?
Que percepção têm eles desta problemática?

Foi então neste contexto que entendemos a realização deste trabalho, cujo objectivo consiste em conhecer qual a Percepção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários acerca dos Maus Tratos Infantis.

A pesquisa foi levada a cabo através do método fenomenológico, tendo através dele obtido e analisado as descrições, daquela que constituiu a população deste estudo.

Tendo presente a sua organização e consecução do objectivo traçado, estruturamo-lo em quatro partes.

Na primeira, à qual chamamos Preliminar, debruçamo-nos na definição de conceitos que entendemos serem úteis à identificação e compreensão do fenómeno em estudo.

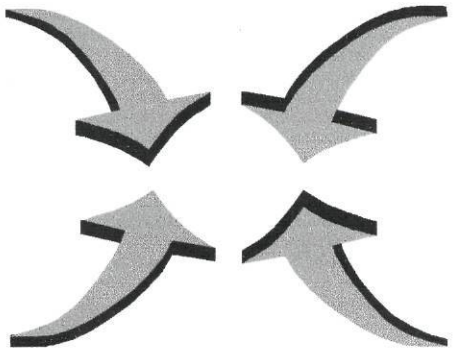
Naquela que consideramos parte primeira, foram abordadas questões que se prendem essencialmente ao desenvolvimento do desenho de investigação. Dividimo-la em três capítulos. No primeiro, estruturamos o estudo em termos metodológicos; no segundo descrevemos a recolha de dados e finalmente no terceiro, dizemos quais os resultados a que chegamos pela pesquisa.

A análise que traduz a Percepção destes enfermeiros acerca do fenómeno em estudo, é feita naquela a que chamamos, Parte Segunda.

Por último, impunha-se reflectir acerca da acção desenvolvida. Os resultados que entendemos terem sobressaído da realização deste trabalho, surgem naquela que convencionamos chamar Parte Terceira. Aqui descrevemos o significado do estudo e que implicações ele poderá trazer para a enfermagem. As considerações finais, põem um ponto final em toda a acção depreendida.

Este trabalho surge no âmbito do IV Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem e tem como finalidade ser apresentado como trabalho de dissertação, imperativo do plano de estudos do referido curso.

PARTE PRELIMINAR



IDENTIFICAÇÃO DO FENÓMENO

Capítulo Primeiro

1 – A CRIANÇA...

Pois eu gosto de crianças,
Já fui criança também;
Não me lembro de o ter sido,
Mas só de ver reproduzido
O que fui sabe-me bem.
È como que de repente
A minha imagem mudasse
No cristal de uma Nascente
E, tudo o que sou voltasse
À pureza de uma semente.

Miguel Torga
(Miniatura)

1.1 - A AMBIGUIDADE DO SER

Encontramo-nos no limiar do século XX, e quase nesta transição de século, deparamo-nos diariamente com alterações profundas, a todos os níveis.

A um passo do terceiro milénio, damo-nos conta também que a roda do tempo gira e, gira mais depressa do que há cem anos atras, talvez do que séculos anteriores de história, trazendo consigo, entre muitos outros aspectos, um desenvolvimento imparável de saberes.

Então nesta altura, em que o saber sê-nos apresenta tão frágil, efémero e fugaz, ao mesmo tempo que assume a grandiosidade da manipulação e intervenção, sobretudo sobre a vida humana, mantêm-se ainda certas questões de ambivalência, nomeadamente em relações a questões relacionadas com as crianças.

Mas, Criança...

O que é ser criança? Ou antes, o que é uma criança?
Actualmente, a questão parece não ter dificuldades de conceptualização, embora possam existir diferentes critérios para a definir, consoante as também diferentes áreas do saber.

Para muitos, tal como nos diz LAZZAR - LEVAILLANT (1977:13),*"Criança é sem ambiguidades um ser que ainda não é adulto".*

Contudo, parece-nos que esta afirmação está longe de apresentar uma objectividade tão linear. Se olharmos em retrospectiva, para um passado mais ou menos longínquo, podemos de facto observar que esta objectividade nem sempre existiu. A criança, como conceito e entidade manteve-se obscura e indefinida ao longo de toda a história do homem.

Neste contexto, diz-nos TUCKER (1992:17), *"É difícil subtrair características comuns à criança e à infância, pois(...) entre as muitas culturas diversas, de tempos e lugares diferentes, encontramos uma diversidade também igual nos seres imaturos a que chamamos crianças e na maneira como são tratadas".*

Ainda o mesmo autor, (ibidem) fazendo referência a ARIES, acrescenta: *"Conceitos como criança e infância, tal como a conhecemos agora, é qualquer coisa inventada em grande parte nos últimos trezentos anos".*

Neste âmbito as investigações, têm vindo a demonstrar que criança é um conceito que emergiu na própria história do tempo. ARIES (1981); De MAUSE (1991).

De acordo com SOARES (1997:102), *"É a partir do século XVI, que se iniciam as mudanças mais significativas que viriam alterar a posição e o estatuto das crianças, relativamente aos adultos".*

MIRANDA SANTOS (1964:22), refere que: *"A criança era em tempos antigos considerada como um pequeno homem, como um "Homúnculos", isto é, a criança possuía caracteres orgânicos e psíquicos qualitativamente idênticos, em qualquer idade".*

Este conceito de infância, como miniatura do adulto, defendido sobretudo pelo racionalismo filosófico dos séculos XVII e XVIII, reflectiu-se em todos os sectores do pensamento e acção.

Nesta sequência, e segundo SOARES (1997:102): *"É no Século XIX, com o contributo das diversas ciências que se começaram a organizar (Psicologia, Pedagogia e Medicina Infantil), que foi possível marcar claramente a separação das crianças relativamente aos adultos, como uma categoria social, especialmente vulnerável e com necessidades de protecção".*

Ariés, citado por RODRIGUES (1994), confirma esta ideia quando refere que o conceito de criança e consequentemente o de infância, tem sido bastante difuso ao longo do tempo, sendo somente durante o século XIX, que esta faixa etária aparece como grupo.

Realmente, o que se entendia por criança em séculos anteriores, era substancialmente diferente das perspectivas contemporâneas.

Os progressos da psicologia evolutiva, dos trabalhos de SPITZ (Hospitalismo), de BOWLBY (carências maternas) e mais recentemente PIAGET, AJURIAGUERRA, justificam as recentes palavras de LAIN, citado por MARIBIN (1982:16):

> *"Só depois de entrarmos no século XX, se ganhou plena maturidade, na consideração científica da criança (...), novamente afirmo que deste modo, " A criança acaba de Nascer", e a razão desta preocupação pela infância justifica a opinião de quem afirma que o nosso século, será o século da criança..."*

Em simultâneo, SOARES (1997:41) acrescenta: "*À medida que as sociedades se foram fortalecendo economicamente, também as preocupações para com as crianças especialmente com o Ser Criança, se foram desenvolvendo, culminando na organização e definição de mecanismos que viam exclusivamente a salvaguarda dos seus direitos."*

Contudo, apesar da consciencialização constante do que é ser criança, como ser com características e necessidades próprias, os paradoxos que envolvem o seu mundo são também e ainda uma realidade que domina em todos os níveis, sobretudo no aspecto social.

Terminaremos com a questão que inicialmente colocamos: O que é uma criança?
Na tentativa de resposta, deparamo-nos com a ambivalência da definição tal como poderemos depreender das palavras de SOUSA (1995:490): Criança...

> *"Ser ora criativo, inteligente, digno de respeito, ora pelas mesmas duas primeiras características não merecedor de crédito para além do que a sua condição lhe permite...Uma força de trabalho considerável, sem custos para outros. Os custos para o próprio, são uma expressão da sua condição de inferioridade. Para cada um que se perde outros candidatos a vencedores aparecerão...A criança é o ser frágil, ainda em fase insípida, inconsequente, irresponsável movendo-se em silêncio, pelo amor, pela sedução, pela obediência e/ou medo. Retirasse-lhe a capacidade de negociar o seu valor, mas, em paralelo dá-se-lhe a capacidade de executar o bem e o mal..."*

Tudo isto num século que HELLEN KEY, citada por RODRIGUES (1994:45),denominou também por: *"Século da Criança"* e, onde esta é ao mesmo tempo Ídolo e Vitima...

1.2 – A CRIANÇA, SER COM DIREITOS

É hoje claro que diferentes culturas e momentos de história, dão origem a diferentes mundos da infância e consequentemente a uma multiplicidade de direitos também necessariamente diferentes.

De acordo com a legislação portuguesa, e citando RODRIGUES (1994:46),

> *"O conceito de criança ou de infância não é regra geral tomado directamente pelo direito português como instrumento técnico de regulação jurídica, preferindo-se-lhe o conceito de menoridade (artigo 122 e 123 do código civil).Assim, em Portugal a maioridade civil, atinge-se aos dezoito anos".*

Ainda segundo o mesmo autor (ibidem), *"O menor, enquanto ser em formação, é um ser em relação com todo o seu meio, onde tem direitos e deveres. Mas, porque em formação, é muitas vezes esquecido e subalternizado".*

Pela abordagem feita no capitulo anterior, facilmente podemos depreender que a despromoção e mesmo a opressão de menores, tem raízes fundas e antigas na história da humanidade.

Na opinião de SOARES (1997:101)*,"Partindo do pressuposto de que conceitos claros e válidos acerca do que se entende por criança ou infância, são aquisições relativamente recentes, também a construção de direitos que dessem resposta a necessidades especificas desta categoria social, têm que ser necessariamente conquistas recentes".*

Segundo RODRIGUES,(1997:45), "*Foi após a primeira guerra mundial, que a comunidade internacional despertou para a problemática da protecção e defesa de menores".*

De facto, em 1920, surgiu em Genebra a União Internacional de Protecção à Infância. Foi este movimento internacional que esteva na base da elaboração da primeira declaração doa Direitos da criança, designada vulgarmente por Declaração de Genebra. Esta, era composta por cinco princípios gerais, em que a criança era colocada em primeiro lugar.

A versão , em língua portuguesa, surge em 1927.

Em 1946, é fundado um organismo que irá ter um papel fundamental na defesa dos direitos da criança. Foi denominado Fundo da Nações Unidas para a Infância - UNICEF. Foi criado com o objectivo fundamental de tentar melhorar a vida das crianças e agir no sentido de lhes providenciar serviços de Saúde, educação, nutrição e bem estar.

Até cerca de 1950, as preocupações são sobretudo de ordem humanitária, e têm sem dúvida a ver com as duas guerras mundiais.

Depois, a abordagem da criança e infância evolui, com o aparecimento de um campo novo de preocupações: A adolescência e a juventude.

Foi nesta altura (1959), que surgiu a Declaração dos Direitos da Criança.
Nesta declaração e, segundo RODRIGUES (1994:45),reconhece-se que a criança tem direito a:

1 – Afeição, amor e compreensão
2 – Alimentação apropriada e cuidados médicos
3 – Educação gratuita
4 – Verdadeiras oportunidades de recreio e diversão
5 – Um nomes e nacionalidade
6 – Cuidados especiais , no caso de deficiência
7 – Prioridade de auxilio, no caso de catástrofes ou acidentes
8 – Aprender a ser um membro útil à sociedade e a desenvolver as suas capacidades individuais;
9 – Crescer num clima de paz e fraternidades universais;
10 – Usufruir direitos, qualquer que seja a sua raça, cor, sexo, religião e origem nacional ou social.

No inicio dos anos setenta, (após a manifestação de 1968 de Paris, a comunidade internacional, dá-se conta de que os jovens têm consciência dos problemas sociais e que podem desempenhar um papel válido na sua solução), os direitos da criança, eram descritos como um Slogan, em busca de uma definição, mas sentia-se já a necessidade de eles constituírem um corpo mais alargado do que o contemplado na declaração de Genebra.

Foi neste contexto que e, ainda segundo RODRIGUES (ibidem), "*Se assistiu a um aumento das preocupações da comunidade internacional, relativamente à situação e problemas de menores*"

Foi nesta sequência que ocorreu o Ano Internacional da Criança, em 1997.

Então, a Assembleia Geral das Nações Unidas, sugeriu a criação de uma convenção sobre os direitos da criança .O objectivo seria o de conferir caracter obrigatório a textos (declaração dos direitos da criança), que apenas possuía até então valor declarativo.

No seguimento desta sugestão, é a Polónia que toma a iniciativa de apresentar um projecto de convenção dos direitos da criança, que após apreciação e discussão internacional, veio a ser aprovada em Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 1990.

O lema principal desta proposta foi o melhor interesse da criança. Ultrapassou-se assim, a velha percepção de que a criança não é, pelo menos em termos legais posse dos seus guardiões e sublinha-se a necessidade de a criança ter uma infância feliz e de se desenvolver globalmente, atendendo sempre á sua dimensão individual e única.

Esta convenção, apresenta-se na opinião de SOARES (1997:105*),"Como um ponto de viragem relativamente a anteriores perspectivas para com os direitos da criança".*

É um documento que reconhece a individualidade e personalidade de cada criança, sendo salvaguardada quer a sua protecção, quer a sua liberdade.

Os direitos da criança em acção, podem ser agrupados segundo HAMMARBERG, (1990), citado por SOARES (1997:106), em três categorias:

- Direitos relativos à provisão - Onde são reconhecidos os direitos sociais da criança, relativamente à salvaguarda da saúde, educação, segurança social, cuidados físicos, vida familiar, recreio e cultura;

- Direitos relativos à protecção – Onde são identificados os direitos da criança a ser protegida contra a discriminação, abuso físico e sexual, exploração, injustiça e conflito;

- Direitos relativos à participação – Onde são identificados os direitos civis e políticos, ou seja, aqueles que abarcam o direito da criança ao nome e identidade, o direito a ter acesso à informação, o direito à liberdade de expressão e opinião e o direito a tomar decisões em seu proveito.

Esta convenção apresenta virtualidades e algumas incongruências. RODRIGUES (1994); SOARES (1997).

Não nos interessa neste capitulo fazer a discussão desses aspectos. Neste âmbito, interessa-nos contudo, saber que a grande utilidade desta convenção não está pois, tanto ao nível da sua força jurídica (que tem), mas mais ao nível político e pedagógico. Ela considera, designadamente uma série de grupos de pessoas comprometidas na acção de defesa dos direitos da criança para impulsionar as autoridades nacionais a melhor promover e defender os direitos desses seres a quem chamamos crianças.

Isto porque, tal como nos diz TORRADO DA SILVA[1] (1994:5): "*Não basta ter convenções e Cartas Internacionais dos Direitos da Criança. É fácil redigi-los e aprova-los. Mais difícil é executar o que está escrito...*"

1.3 – A CRIANÇA VITIMA DE MAUS TRATOS

Tendo como pano de fundo os esforços desenvolvidos para a protecção da criança, damo-nos conta de que a problemática dos maus tratos infantis, acontece numa sociedade que pretende valorizar a criança e ceder-lhe direitos, mas onde também diariamente as estatísticas nos revelam números assustadores, de agressões às quais ela é sujeita.

De facto, a agressão à criança tem nas últimas décadas suscitado o interesse do público em geral. E, aliado aos sentimentos de revolta que suscita, é essencialmente um problema de Saúde Pública de grande magnitude, não apenas pelas causas em si, mas sobretudo pelas consequências que dele advêm. LOBO FERNANDES (1989),PENA (1994) e JONHSON (1996).

Não se pode também dizer que os maus tratos à infância e à criança são apanágio dos países sub desenvolvidos ou de uma ou outra área geográfica.
"Os maus tratos infantis, têm sido considerados como uma doença de extrema adaptabilidade, capaz de transcender as fronteiras geográficas, sócio económicas, religiosas e étnicas". LEVY, (1993:14).

---

[1] Professor Doutor TORRADO DA SILVA in Actas do Encontro: "A criança e os serviços de Saúde. Humanizar o Atendimento". Lisboa: Fundação Caulous Gulbenkian.16-17 de Janeiro 1996

Tem havido neste contexto, o desenvolvimento de esforços para controlar esta situação. Porém, diariamente os meios de comunicação social e a nossa própria experiência nos demonstram que apesar da universal promulgação dos direitos da criança e da sua ratificação através de repetidas celebrações internacionais sobre este tema, a violência contra as crianças continua a ser um problema amplo e constante, com sérias repercussões para a criança, família e sociedade em geral.

Pela gravosidade da situação, não podemos ficar indiferentes. Surge a necessidade de estar desperto para este fenómeno particularmente intolerável da nossa sociedade "dita desenvolvida", para que se possa agir, tomando cada um de nós uma parcela de responsabilidade.

Tem este capitulo a finalidade de fazer, ainda que sumariamente, a caracterização do quadro de maus tratos infantis, para podermos contextualizar melhor esta problemática.

1.3.1 – Maus tratos infantis: Um pouco de história

Ao iniciarmos esta caracterização, não podemos deixar de nos questionar: Maus tratos infantis, fenómeno novo ou emergência de um flagelo de todos os tempos?

Ainda que só nestas últimas décadas tenha surgido de modo mais ou menos frequente a abordagem dos maus tratos infantis, basta fazermos uma retrospectiva alargada à bibliografia existente para vermos que a violência infligida à criança, tem raízes na própria história do tempo. KEMPE E KEMPE(1982); LEVY (1987), GOLDSON (1991); STEVENSON (1993) e GALLARDO (1994).

A par da valorização (ou não), da criança, enquanto entidade, têm sido encontradas evidências de maus tratos à criança desde sempre, em todas as épocas , em todas as raças e em todos os povos.
GALLARDO (1994:17), reforça esta ideia, quando diz: "*Os maus tratos infantis, existiram desde a antiguidade em todo mundo. Abusar da criança é uma realidade provavelmente desde que existe a raça humana*".

Se retrocedermos novamente no tempo, podemos verificar que a população infantil esteve envolvida desde sempre em todo o tipo de maus tratos, por pais ou outros, que por ignorância, superstição, medo ou agindo até "*à sombra*" de leis e de regras vigentes, imputavam à criança pesados castigos, sanções ou até a morte.

Na Pré- história, era a necessidade de sobrevivência, a razão que movia as agressões. No Antigo testamento, são as razões religiosas que traduzem esta violência, sendo o infanticídio a forma mais corrente de "*sacrificar*" as crianças.

"*A maioria das crianças, eram sacrificadas com a espada, fogo e inclusivamente com o emparedamento: esta era uma maneira usual para dar prosperidade*", diz-nos GALLARDO (1994:18).

As grandes civilizações também não fugiram a esta prática. Platão e Aristóteles, são descritos por GALLARDO (ibidem), "*Como sendo figuras que consentiam o abuso infantil- Platão por exemplo era partidário do abandono dos inválidos e dos deficientes, à maneira Espartana e Aristóteles apoiava o aborto como uma necessidade de controlar a natalidade*".

Segundo MARIN (1982:13), "*Em Tiro e Sidon, sacrificavam-se as crianças para se acalmarem os deuses(...) no Egipto, cada ano afogava-se no Nilo uma jovem para que o rio transbordasse e fertilizasse as terras*".

GOLDSON(1991:124), refere que: "*Com o passar dos séculos, a criança foi sempre vista como um adulto em miniatura, passando sempre por surras, terrorizações e privações*".

De facto, e de acordo com De MAUSE (1974), citado por GALLARDO (1994:19):

> "*Quanto mais retrocedemos na história Universal, maior é a percentagem de crianças espancadas, violadas, abandonadas e assassinadas. Ao longo dos séculos, a população infantil, esteve sempre envolvida em todo o tipo de maus tratos por pais que se desfaziam dos filhos com facilidade: Abandonando-os sem o menor sentimento de* culpa".

Actualmente pensa-se que a violência e a negligência contra a criança, sempre existiram, simplesmente a sua importância foi-se mascarando pela presença de outros factores, nomeadamente pelo significado que se atribuía, à própria criança.

Assim, a violência sobre a infância, sempre existiu, admitida por uns, ignorada por outros, passando até despercebida no meio de outros perigos que pairavam e ameaçavam a vida das crianças, ao longo de todas as épocas.

Ainda a "*roda do tempo*", levou a maior consciencialização deste problema, com inclusão de medidas de protecção à criança.

Deste modo, também ao longo do tempo houve quem se começasse a dar conta de que as crianças necessitavam de protecção. "*Em alguns povos pagãos, iniciou-se um movimento de piedade para com as crianças, mas a verdadeira obra de redenção, deve-se ao cristianismo*". MARIN (1982:14).

Ainda o mesmo autor faz referência a São Barnabé, que condenou o infanticídio e o aborto, a Constantino, que no século IV da nossa Era obrigava os pais a criarem os filhos, segundo a fórmula: As necessidades dos Recém Nascidos deveriam atender-se sem reservas.

Ao longo dos séculos, vão aparecendo instituições ligadas à igreja, ou não com o objectivo de darem abrigo ou protecção às crianças abandonadas ou em risco.

Nos finais dos séculos XIX e inicio do século XX, em paralelo com o progressivo aumento da valorização dada à criança, começam a ser estudadas situações relacionadas com os maus tratos infantis.
De facto, no século XIX TARDIEU (1860), referenciado por GALLARDO (1994:20), "*Foi a primeira pessoa a estudar este problema e a estabelecer bases do conceito de Mau Trato Infantil, baseando-se a um estudo feito sobre 32 crianças e nos dados clínicos delas encontrados, com posterior confrontação com as justificações paternas*".

No mesmo ano ATHOL JONHSON, citado por KEMPE e KEMPE (1982:24), chamou a atenção sobre a frequência de fracturas múltiplas em crianças. Atribuiu-lhes a sua causa ao raquitismo. Sabe-se hoje e ainda de acordo com os mesmos autores, serem casos de crianças vitimas de maus tratos.

Permanecendo estas investigações no anonimato e com o aumento na frequência de maus tratos, foi em 1874, que a Sociedade Protectora dos Animais, em Nova Iorque se insinuou publicamente sobre a violência imputada a uma criança, que abalou a opinião pública nessa época.

Iniciaram-se então esforços a favor da criança mal tratada, que se centraram no desenvolvimento de legislação para a sua protecção e com a instituição de leis para a notificação de maus tratos à criança.

Teve que passar bastante tempo até que CAFEEY e SILVERMAAN (1946), ainda citados por KEMPE e KEMPE (ibidem) "*Fizeram referência a observações suas acerca de associações não explicadas de hematomas sub-durais e alterações radiológicas anormais nos ossos longos de algumas crianças*".

Em 1961, KEMPE, referenciado por STEVENSON (1993),numa reunião Anual de Pediatria, utilizou a expressão "*Battered Child*" (criança esmurrada ou espancada).

No ano seguinte, publicou um artigo, onde define o termo "*The Battered Child Sindrome* (Sindrome da Criança Batida).

Em 1963, dá-se uma mudança na abordagem deste tema e surgem o termo Criança Maltratada, introduzido por FONTANA e citado por GALLARDO (1994:23),"*Que inclui não apenas os maus tratos físicos, mas também maus tratos emocionais, abandono, déficit nutricional ou abuso sexual*".

Em 1981, fundou-se em Nova Iorque uma sociedade para a prevenção da violência na criança.

Em 1989, foi publicado em Paris um relatório sobre os espancamentos à criança.
A existência de Maus Tratos Infantis, por certo, também sempre existiu em Portugal e provavelmente no dia a dia, ao pé de nós...

Mas no nosso país, só a partir dos anos oitenta, depois do Ano Internacional da Criança, se começou a dar especial atenção a este fenómeno e "*Se começou a ter coragem para abordar e reflectir sobre este problema, praticamente "tabu", até então*". LOBO FERNANDES (1989:310).

Contudo e ainda segundo LOBO FERNANDES (ibidem:311)

> "*A abordagem multidisciplinar desta realidade, nas suas diversas perspectivas – médica, jurídica e social – só se começa a estruturar a partir do inicio dos anos oitenta, com as diversas iniciativas das várias instituições, nomeadamente IAC (Instituto de Apoio à Criança), CEJ (Cento de Estudos Judiciais) e Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, que desencadeiam com interajuda um movimento de sensibilização pública*".

Hoje, passados quase vinte anos, após o aparecimento destas primeiras campanhas em favor da criança e dos seus direitos contra a violência, damo-nos conta de que muito foi feito, sem dúvida. São também prova disso, o aparecimento de inúmeros relatos de trabalhos efectuados em diferentes áreas do saber, por todo o país, referentes a entidades governamentais e não governamentais.

Porém, ao olharmos em redor, damo-nos conta também de que há ainda muito para fazer...

É que, se houve quem dissesse: Sim Vamos. Houve também quem disse: Sim Ide! E, houve sobretudo muitos que, por múltiplos e variados motivos e razões: Nada fizeram!...

1.3.2 – Alguns dados estatísticos

A criança vitima de maus tratos é um problema, cuja expressão dificilmente se traduz em números.

O silêncio das crianças, sobretudo dos mais jovens, e a dificuldade dos adultos em reconhecerem a sua existência, são dois obstáculos importantes, que dificultam o seu diagnóstico.

De acordo com SOUSA (1995:489), "*As estatísticas registam aumentos, mas a sua interpretação é controversa. Maior visibilidade? Mudanças societais?*"

Três décadas de interesse cientifico, não produziram ainda dados fiáveis.
As diferentes interpretações e definições de maus tratos complicam também esta situação: "*A violência é um problema tão vasto, quanto complexo, cuja amplitude é difícil de medir na ausência de uma definição comum*". MANCIAUX (1982).

Ainda o mesmo autor reforça esta ideia quando diz: "*Não existem estatísticas oficiais dos maus tratos. Os números disponíveis não traduzem com exactidão o problema; são apenas indicadores nacionais da reacção social aos maus tratos*".

Em Portugal, por falta de dados epidemiológicos correctos, ignora-se também o número de crianças vitimas de maus tratos.

LOBO FERNANDES (1989:312), refere que: "*O reconhecimento da extensão do problema através de um estudo efectuado pelo CEJ, em 1985, aponta para trinta mil casos novos por ano*".

BRANDÃO(1992:161),refere que: "*Existem dados recentes, estimando que à volta de cem mil crianças em Portugal são submetidas a abusos, concretizados nas mais diversas formas*".

ALMEIDA, ANDRÉ e ALMEIDA (1995), levaram a cabo um estudo encomendado pela Assembleia da República ao Centro de Estudos Judiciários, cuja realização visava um levantamento actual e coerente que permitisse abordar a questão das crianças maltratadas no nosso país e, cujo relatório da primeira fase (Análise prospectiva) se reportava as situações de maus tratos (abuso e negligência) a crianças residentes na área da Grande Lisboa.
Está a decorrer actualmente a Segunda fase, (iniciada em Junho de 1995), que corresponde a um estudo sistémico, abrangendo todo o país em situações tipo, referentes aos contextos sociais dos maus tratos, e a cujos resultados ainda não tivemos acesso.

Em 1997, foi publicado o resultado a um inquérito sobre "*Abuso sexual a crianças e adolescentes*", efectuado pela Direcção Geral da Saúde, aos profissionais dos Centros de Saúde (médicos, enfermeiros e assistentes sociais), de onde se destacava que dos três mil quatrocentos e sessenta e cinco profissionais que responderam ao inquérito, 53% responderam que durante a sua prática diária contactavam com crianças maltratadas ou em risco. Ainda como resultado deste estudo, 1071 profissionais, referiram pelo menos um caso de criança maltratada em 1996.

O interesse e a preocupação referente a esta problemática é visível também pelo elevado número de estudos existentes a nível dos Hospitais, nomeadamente em hospitais da periferia, levados a cabo por pessoas e equipas preocupadas em esclarecer esta situação e sobretudo preocupadas com o bem estar das crianças.

Contudo, apesar dos grandes investimentos continuamos a pensar que apesar dos elevados números que diariamente nos surgem e, parafraseando BRANDÃO (1992:162*)*:

> "*Neste problema social, só se divisa a ponta do iceberg, porquanto a maioria dos casos fica confinada ao circulo restrito dos intervenientes, na ausência de testemunhas ou com a presença de pessoas que adoptam o lema de não se imiscuírem (...), envolvidos num halo de egoísmo ou receosas de enfrentarem as autoridades judiciais*"...

1.3.3 – Definição

Apesar da multiplicidade de estudos publicados sobre esta temática, parece-nos não existir uma definição universal sobre o que é uma criança maltratada.

O conceito tem mudado ao longo do tempo, e varia nos diferentes espaços culturais, o que de certa forma traduz a complexidade que lhe é inerente.

Definir "*Maus tratos infantis*" resulta ainda numa tarefa complicada, dado que, e segundo STEVENSON (1993:13), "*Definir significa identificar, quantificar algo, que deverá ser feito sem ambiguidades. E, quando falamos de maus tratos à criança, fruto dos factores que nele interferem, a sua definição resultará inevitavelmente vaga*".

Ainda na perspectiva deste autor, o conceito de maus tratos a menores, ficou conhecido a partir do "redescobrimento" e da crueldade à criança, por KEMPE, em 1961, passando depois por uma ampla gama de condutas, aspectos clínicos, até ao último tabu que são os abusos sexuais a menores. Ao revisionarmos a literatura, verificamos que as percepções profissionais sobre o problema, condicionam diferentes definições, de acordo com a disciplina em causa. KEMPE e KEMPE (1982); FUSTER, et al (1993); GALLARDO (1994).
Estas evidências, condicionam então a um problema de definição.

A tentativa de definir "*Maus tratos infantis*", surge em 1961, ano que como já vimos marca o inicio das preocupações académicas, no sentido de definir e enquadrar a problemática deste fenómeno.

É, em 1962, que Henry KEMPE e seus colaboradores apresentam numa definição, os sintomas e características que ajudavam a identificar crianças vitimas de maus tratos e conhecido coma Síndrome de Criança Maltratada.

Esta definição tinha, na opinião de SOARES (1997:44), uma natureza fundamentalmente clinica:

> "*Um quadro clínico que se manifesta em crianças que receberam tratos severos, que podem ser a causa de lesões permanentes e inclusive a morte. O Síndroma deve ser ponderado em qualquer criança que apresente fracturas, hematoma subdural, alterações no crescimento(...).Os factores psíquicos são provavelmente de suma importância na patogenese deste síndroma, mas o conhecimento deste factor é limitado".*

É ainda KEMPE, em 1965, que dá um novo contributo na clarificação do conceito ao incluir nele criança vitima de maus tratos físicos e emocionais, e ainda criança abandonada, violada e sub nutrida.

O conceito começa então a alargar os seus horizontes e o contributo de outras áreas do saber torna-se fundamental no desenvolvimento das perspectivas.

É neste contexto que podemos fazer referência a GALLARDO (1993:11), quando este diz:

> "*Existem muitas definições de maus tratos, mas nenhuma é aceite universalmente. Isto é assim porque o abuso infantil tem muitas manifestações, o que origina a impossibilidade de dar uma definição fácil. Cada caso é distinto dos outros e por isso difícil de identificar".*

Ainda na vertente deste autor, os maus tratos infantis, são um tema no qual inter actuam diferentes áreas cientificas. Por um lado encontram-se o Direito e a Medicina, por outro a Sociologia, Psicologia e a Psiquiatria. Em todas as áreas se tenta identificar o problema, sob o seu ponto de vista.

Desta forma e, sem pretendermos entrar no campo especifico de cada disciplina, iremos abordar uma definição que nos parece ser bastante completa, dentro de uma perspectiva com a qual nos identificamos, e que nos aparece referenciada por GALLARDO (1993).

Assim, neste contexto, GARBARINO e GILLIAN (1980) e STAN (1988), citados por

GALLARDO (1993:11), expõem que existem quatro elementos que influenciam a definição de maus tratos infantis:

a) Intencionalidade do acto
b) Impacto da acção sobre a criança
c) Juízo de valor em torno do acto
d) A norma / regra cultural e social segundo a qual o acto é avaliado.

Ao querer conceituar este fenómeno, GALLARDO (ibidem), diz-nos que: "*Os maus tratos infantis, se compõem de três tipos de abuso (Físico, Psicológico e Social), e de dois tipos de negligência (Física e Psicológica)*".

Completa ainda, fazendo referência a GARBARINO, GUFMMAN e SEELEY (1986), na medida em que estes autores não fazem diferenciação entre abuso e negligência dentro do aspecto psicológico, pela dificuldade que existe em diferenciar os dois aspectos.

Faz distinção clara entre abuso e negligência física, dizendo que o primeiro consiste num acto abusivo perpetuado a uma criança e negligência é fundamentalmente uma omissão.

1.3.4. – Factores Etiológicos

Face à crescente preocupação com a criança sujeita a maus tratos, a aproximação às causas que a originam não cessam também de aumentar e evoluir.

Tradicionalmente, têm sido usados diversos modelos para explicar o abuso infantil. Estes enfatizam de um modo geral o aspecto psicopatológico dos pais, factores sociológicos e o contexto social, bem como as relações entre pais e filhos.

Verificamos contudo ao percorrermos a bibliografia, que ocorreu uma transição das perspectivas iniciais, essencialmente unidimensionais, para perspectivas mais alargadas, abarcando então uma pluralidade de factores explicativos do fenómeno.

O aparecimento destes modelos, não foi instantâneo, mas sim fruto das diferentes investigações.

Pelos anos setenta, a maioria dos trabalhos nesta área, eram unifactoriais, de tal modo que o objectivo principal foi conseguir um factor único que explicasse a ocorrência de maus tratos infantis.

Por isso, estudavam-se nas famílias apenas os factores psicopatológicos ou de índole social e a intervenção era encaminhada para mitigar as desordens psiquiátricas e a miséria sócio económica.

Posteriormente, na década de oitenta, os modelos explicativos, converteram-se numa vertente mais ecológica, multifactoriais, acentuando-se a interacção funcional entre uma grande quantidade de variáveis próprias da criança e dos pais, características cognitivas comportamentais, estratégias de imitação e influencias do meio ambiente. SETEVENSON (1992); FUSTER, et al (1993); GALLARDO (1993); SOUSA MARTINS e FONSECA (1993); SOARES (1997).

Actualmente, este fenómeno é considerado como: "*Um produto de uma escalada gradual de uma força assertiva, nas práticas paternas, interelacionando-se todas as variáveis com um todo dinâmico*", como nos diz WOLFE, citado por GALLARDO (1993:16).

Na opinião de SOUSA MARTINS e FONSECA (1993:75),

> "*O fenómeno dos maus tratos infantis, tem sido analisado à luz de quatro correntes:*
>
> - *Uma primeira, que considerava que os maus tratos são próprios de determinados indivíduos, com características psicológicas especificas;*
> - *Uma segunda, centrou-se na ideia de que os maus tratos são próprios de determinados meios sociais desviantes;*
> - *A terceira explicação para o fenómeno, postula a interacção de factores pessoais e situacionais na emergência deste padrão desviante, de interacções adulto/criança;*

- *Mais recentemente assiste-se á emergência de um novo quadro de investigação denominado Ecológico".*

A PERSPECTIVA ECOLÓGICA

Actualmente, como já referimos, os modelos unifactoriais, consideram-se desfasados para explicar a etiologia dos maus tratos, porque se tem demonstrado que dificilmente um só factor tenha força suficiente para que se desencadeie o abuso.

Assim, GARBARINO (1976 – 1977) e BELSKY (1980), citados por SOUSA (1993:77), tentando integrar as diversas correntes sobre a explicação de maus tratos a menores e reconhecendo a relação entre pais maltratantes, instituições, grupos e culturas, propõem uma abordagem ecológica, articulando assim quatro níveis de análise do fenómeno.

GALLARDO (1993:18), faz uma abordagem mais completa do mesmo quadro e baseando-se num estudo ecológico de BRONFENBRENNER (1979), sobre o desenvolvimento infantil, descreve um sistema de níveis interactivos que contribuem para o desencadeamento de um tratamento punitivo.

Descreve então quatro esferas de influência:

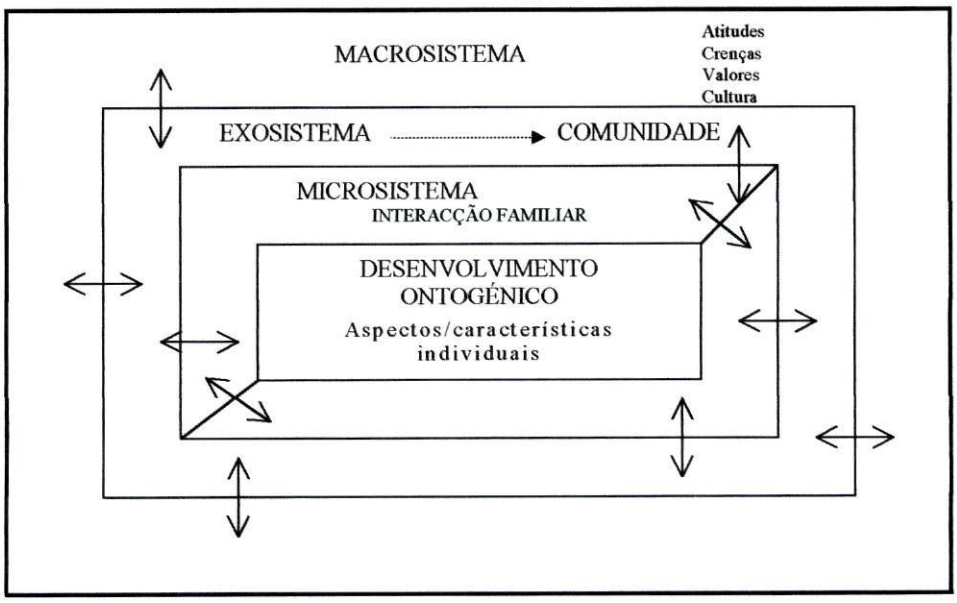
A – O nível de desenvolvimento ontogénico

B – O Microsistema

C – O Exosistema

D – O Macrosistema

ABORDAGEM ECOLÓGICA DOS MAUS TRATOS INFANTIS



GARBARINO E BELSKY (1993)

Deste modo cada um dos membros da estrutura familiar, está submetido a pressões de diferentes níveis.

Assim, e ainda de acordo com GALLARDO(1993:77),

> *"No que respeita aos adultos, as suas próprias experiências dentro da família, as interacções que têm com os outros, os seus êxitos e fracassos no meio escolar, no trabalho que desempenham, e o meio cultural onde estão inseridos, são forças vectoriais que desembocam numa resultante comportamental e explicativa dos maus tratos*".

A – DESENVOLVIMENTO ONTOGENICO.

De acordo com SOUSA, MARTINS E FONSECA (1993:77), "*Este aspecto reporta-se aos factores da história pessoal dos pais".*

GALLARDO (1993:18), completa, acrescentando que este parâmetro, inclui factores como a saúde mental dos progenitores, o seu nível de desenvolvimento, as suas

experiências face à criança e o conhecimento que têm acerca do que é uma criança e também a sua própria história pessoal.

Ainda na esfera do desenvolvimento ontogenético, inclui o consumo exagerado de álcool e drogas, bem como desajustes psicopatológicos dos pais (nomeadamente patologias do foro psicológico), ou simplesmente diminuída tolerância ao stress ou frustrações, carências de conhecimentos, baixa auto-estima, baixo nível de inteligência, etc.

B – A NÍVEL DO MICROSSISTEMA

SOUSA, MARTINS e FONSECA (1993:77), referem que este nível integra os acontecimentos que ocorrem na família mais próxima.

GALLARDO (1993, p.30), completa acrescentando que:

> "*O microsistema, constitui o segundo meio mais próximo que envolve a criança e inclui também circunstâncias como a natureza da composição da família, a saúde da criança, o seu temperamento, tamanho da família e a qualidade da relação entre os progenitores*".

Neste contexto e ainda segundo o mesmo autor, as relações humanas surgem como o principal veiculo para que o aspecto psico-afectivo da criança se desenvolva. Por isso, estas relações constituem o centro, a base e o motor do desenvolvimento pessoal, já que a criança desde pouca idade vai interiorizando a disciplina familiar que canaliza a sua conduta.

A ausência de afectividade familiar, fomenta o mau trato infantil, por escassez de habilidades parentais, ao considerarem o filho como um oponente às suas necessidades.

Incluem-se neste âmbito ainda, a composição familiar e as características da criança maltratada.

Compreendem-se aqui, o baixo peso da criança, a prematuridade, gravidez não desejada, crianças que segundo os pais são "pouco bonitas", a hiperactividade, enfermidades mentais, baixo rendimento escolar, aspectos que possam dificultar a sua relação familiar, como a insubmissão, entre muitos outros aspectos...
Também factores como a ordem de nascimento, o sexo podem também ter importância e influência.

C – O EXOSISTEMA

Designa a comunidade na qual a família está integrada.
Também de acordo com GALLARDO (1993:40), esta constitui a terceira esfera de influência sobre cada membro da família.
O mesmo autor, diz neste contexto:

"É indispensável que convertam positivamente uma série de factores do tipo social, como a atitude cultural, o trabalho, o suporte familiar, o status social, o nível de formação educativa e as relações sociais com pessoas próximas da família, para que exista um bom ambiente familiar e não exista a tentação do mau trato infantil".

D - O MACRO SISTEMA

De acordo com SOARES, FERREIRA e FONSECA (1993:78), refere-se à cultura (atitudes, crenças e valores), que envolvem o indivíduo, família e comunidade. GALLARDO (Ibidem:46) acrescenta que este âmbito de influência mais externa, interactua com as outras três anteriores esferas, de modo que o indivíduo, a família e a comunidade estejam intimamente interlaçadas.

Quer dizer, as atitudes, os princípios, o modelo de valores e procedimentos dentro dos sistemas políticos, económicos e sociais da cultura, bem como a violência em geral, as expectativas sociais até à disciplina da criança em casa e na escola, o nível global de violência existente na cidade ou comunidade, são vectores que originam o mau trato. Por isso, a eliminação do castigo corporal, recomenda-se para reduzir os seus números.

Ainda dentro do contexto ecológico, o autor supra citado, aponta como manifestações sociais negativas o fomentar da discriminação étnica e religiosa. Aponta ainda que dentro do macrosistema, o mau trato infantil existe para além do lar. Existe noutros sítios onde pode também resultar a violência contra a criança.

Aponta então e nesta sequência, o mau trato institucional e postula que se pode originar em cinco áreas: Saneamento, ensino, justiça, forças de segurança e serviços sociais.

GALLARDO (1993:47), citando ROIG e MARINO (1989), refere que:

> *"Em todas as actuações derivadas destas cinco áreas, podem surgir situações de maus tratos(...)não é necessário o contacto directo entre crianças e pessoas ou grupo de pessoas....Por detrás de uma mesa de despacho pode ser-se responsável pelo aparecimento de maus tratos..."*

O mesmo se poderá depreender, relativamente a todos os aspectos compreendidos neste contexto.

Dentro do modelo ecológico, os indivíduos consideram-se imersos em sistemas múltiplos ecologicamente conectados e com influências directas e indirectas no comportamento, o qual implica que estes problemas devem compreender-se dentro do seu contexto sistémico.

Neste ponto de vista FUSTER, et al (1993:75), defende que o mau trato infantil surge assim como um paradigma de sistemas, como o resultado da interacção de factores múltiplos relacionados com distintos níveis ecológicos, o nível individual, relações familiares, transações familiares com sistemas extra-familiares e variáveis culturais que apoiam o mau trato.

Será baseado nos pressupostos destes modelos conceptuais que deverão ser entendidos todos os maus tratos infantis e, com base neles também, ser orientada toda a acção a desenvolver no sentido de os resolver e/ou evitar.

1.3.5. – As consequências

As pancadas, a crueldade mental, a carência afectiva ou qualquer outro tipo de mau trato, levam ou podem levar a consequências mais ou menos previsíveis, que se manifestam precocemente ou vão ficando até se manifestarem muito mais tarde...

Não podemos, neste contexto, deixar de fazer referência a SOARES (1994), quando diz:

> "*O desamor faz nódoas negras no fundo da alma. Daquelas que se inscrevem na memória bloqueada da infância, sem sararem com uma pomada escondida na gaveta dos remédios.*
> *O desamor, é um papão que se esconde e cala até aprender a arte de dizer !...*"

De facto, também PLOUGMAND (1987:13) afirma: "*A violência tem muitas vezes consequências duradouras e as suas sequelas correm o risco de se tornarem duradouras*".

Se poucas crianças vitimas de sevicias ficam com uma deficiência física ou invalidez, admite-se que as repercussões sobre o seu desenvolvimento psíquico e social, sejam nitidamente mais graves.

Mas avaliar estas consequências, resulta numa tarefa difícil, senão mesmo impossível. Isto porque, dadas as características do fenómeno, existem poucos estudos longitudinais através dos quais se possam diferenciar se as consequências são resultado do próprio abuso ou se são o resultado do processo interactivo característico das famílias abusivas ou senão mesmo, manifestações do processo evolutivo da vida da criança. PLOUGMAND (1987); GALLARDO (1993).

Porém o que parece não deixar dúvidas é que e, na opinião de FARINATTI, BIAZUS e LEITE (1993:35)."*A criança maltratada, apresenta a curto e a longo prazo, consequências que dirão respeito ao seu físico, à sua mente e as suas relações com as outras pessoas e com o mundo em geral*".

Capítulo Segundo
2 – O MÉTODO FENOMENOLÓGICO

No decurso dos últimos anos, várias abordagens em investigação qualitativa emergiram de diversos campos de estudo, na medida em que permitem o estudo dos fenómenos para além das visões tradicionais, ao mesmo tempo que permitem enriquecer novos elementos na compreensão dos mesmos BODGAN e BIKLEN (1994)

Também as ciências humanas, desde há algum tempo, têm apostado e valorizado a pesquisa qualitativa, inclusive a abordagem fenomenológica como método para desenvolver os seus conhecimentos.

A investigação fenomenológica, apoia-se em correntes filosóficas, segundo as quais, toda a pessoa tem as próprias percepções da realidade que a envolve: cada indivíduo constrói a sua própria realidade e, há tantas realidades diferentes, como há de indivíduos. Não existe portanto uma realidade única, mas uma visão única que cada ser tem da sua realidade.

"*A contribuição deste tipo de investigação, consiste em explorar a significação profunda do "fenómeno", através das percepções comunicadas pelo sujeito*". *OILER (1982).*

Uma distinção importante de outros métodos qualitativos, é a base filosófica, fundamentada na existência fenomenológica, que enfatiza a pessoa como única.

A fenomenologia como filosofia, a abordagem e método têm constituído fonte de investigação, porque reconhece a importância da experiência humana, tal como é vivida. Não pretende pois descrever a realidade, mas antes tomar nota das percepções que o sujeito tem da realidade. OILER (1982); OMERY (1983); RAY(1985).

2.1 – CLARIFICAÇÃO DO TERMO FENOMENOLOGIA

"*Etimologicamente, fenomenologia significa ciência ou teoria dos fenómenos*", MORUJÃO (1991: 488).
Deriva das palavras Fenómeno (*fenómenon*) + Logos *(descrição ou razão).* Deste modo significa descrição ou razão intima do fenómeno.

A palavra fenomenologia foi usada na linguagem filosófica já desde Platão e Aristóteles. MORUJÃO (ibidem) escreve que. "*O sentido hoje vigente de fenomenologia é anunciado por HUSSERL (1900-1901), e desenvolvido em trabalhos sucessivos de outros filósofos*".

Para HUSSERL, e ainda de acordo com o autor atrás referenciado," *A fenomenologia, é antes de mais um método que começou a construir-se na polémica com o psicologismo, para fundar a lógica pura, como alternativa ao método positivista e experimental*".

A compreensão fenomenológica do mundo, consiste em redescobrir a sua génese intuicional na consciência, dentro de um registo puramente intuitivo e descritivo.

Ainda dentro da perspectiva de HUSSERL, citado por MORUJÃO (1991:491), a ideia fundamental da fenomenologia, é a noção de intencionalidade.

Esta intencionalidade, é da consciência, que está dirigida a um objecto, isto é, tende a reconhecer que não existe objecto sem sujeito.

Entre os fenomenologistas pós - Husserlianos, encontramos HEIDEGGER.

Para este autor e citando ainda MORUJÃO (1991:492),"*A fenomenologia é antes de mais um conceito de método. Em oposição as construções feitas no ar, pretende ir às coisas mesmas. O que a fenomenologia vai revelar, é o que permanece escondido no que se manifesta e o que o constitui*".

É de acordo com palavras do próprio HEIDEGGER (1985:85):"*Permitir que o que é manifesto em si, seja visto em si mesmo*".
Ou, de acordo com LYOTARD (1986:10*)*:

> "*O termo fenomenologia significa o estudo dos fenómenos, isto é daquilo que aparece à consciência, daquilo que é dado. Trata-se de explorar este dado, a própria coisa que se apercebe, em que se pensa, do que se fala, evitando forjar hipóteses tanto sobre o laço que une o fenómeno com o ser de que é o fenómeno, como sobre o laço que o une com o Eu para quem é o fenómeno*".

Nesta perspectiva, a máxima da pesquisa fenomenológica – *voltar as próprias coisas* – não será mais do que a reafirmação do termo fenomenologia.

Mas isto, é também afirmar que a fenomenologia é diferente de outras ciências, dado que não afirma nada acerca do conteúdo temático da ciência, mas fala apenas do modo como algo se mostra e é tematizado.

Então fenomenologia, é um termo metodológico designando um modo de experiência, apreensão e determinação do que é tematizado na filosofia. Como trabalho de pesquisa, a fenomenologia é precisamente o trabalho de deixar em aberto, deixar ser observado.

"*É a tentativa de uma descrição directa da nossa experiência, tal como ela é, e sem nenhuma referência à sua génese psicológica e ás explicações causais que o cientista ou historiador dela possam fornecer*". MERLEAU-PONTY (1996:1).

A finalidade da fenomenologia, é a compreensão profunda dos fenómenos, que se realiza através da descrição, reflexão e conhecimento directo dos mesmos, para redescobrir a multiplicidade de sentidos. RAY (1990).

Aquilo que sabemos do mundo, sabemo-lo por nosso intermédio, pela nossa experiência e pela nossa visão do mundo. Sem esta, a ciência nada pode, na medida em que ela é, enquanto entendida no mundo, como uma certa visão deste, construída sobre o vivido.

A ciência, será sempre uma visão secundária do mundo, porque mediada por mim, através das minhas visões e percepções.

"*Nesta medida, cada um de nós se torna fonte absoluta do que é para si. A minha experiência, não provém dos meus antecedentes, nem meio físico e social, antes vem por mim através do que sou e só cada um a poderá percorrer com o seu olhar*". MERLEAU-PONTY (1945:3).

Ainda o mesmo autor (ibidem) refere: "*Somente para cada um de nós faz sentido o que é o seu vivido, pois esta é uma exclusividade da sua experiência (...) Não me posso subtrair nos meus vividos, por isso apenas para mim faz sentido o que existe*".

Neste contexto diz-nos LYOTARD (1986:48):

> "*A ciência é também uma visão do mundo, mas a lógica da fenomenologia é uma lógica fundamental que investiga como é que de facto existe a verdade para nós(...), pretende, a partir de um juízo verdadeiro regressar ao que é efectivamente vivido, importa ater-se a uma descrição que abrace estreitamente as modificações da consciência...*"

É a partir das operações conscientes que o mundo se dá ao sujeito, sendo este dado a si mesmo.

"*Aquilo que está no mundo, o real, é para ser descrito não para construir ou ser construído*", diz-nos MERLEAU-PONTY (1996:.5).Ainda na perspectiva do mesmo autor "*É a tentativa de uma descrição directa da nossa experiência tal como ela é, sem nenhuma referência à sua génese psicológica e ás explicações causais que o cientista dela possa reconhecer*".

Ainda como MERLEAU PONTY (1996:1), poderemos para concluir dizendo:"*A fenomenologia é o estudo das essências (...) e é também uma filosofia que repõe essências na existência...*"

A fenomenologia é pois o estudo das experiências vividas, numa perspectiva individual e situada no envolvimento da experiência e, no que ela representa e significa para a pessoa; é penetrar o mundo das pessoas à luz de significações, com o objectivo de: *"Compreender como e qual o significado que constróem os acontecimentos das suas vidas quotidianas"*. BODGAN e BIKLEN (1994:54.)

Nos horizontes da hermenêutica, a descrição fenomenológica, é a explicação dos fundamentos do existir e das possibilidades na sua historicidade, entregando-se à compreensão da experiência humana, que é revelada pelo sentimento da situação de vida. HEIDEGGER (1992).

O processo interpretativo, é circular, procurando conexões entre as partes e o todo. Entre a estrutura prévia e o que vai sendo *desocultado* pelos dados da pesquisa. BENNER (1994); DARBYSHIRE (1994).

Deste modo, fenomenologia suspende o que estuda para compreender.

E, é neste sentido que entendemos também seguir o nosso caminho...

2.2 - A REDUÇÃO FENOMENOLÓGICA

O processo de recuperação da ideia original, é chamado em fenomenologia "*redução*".

Redução fenomenológica, é um método particular de reflexão rigorosa e o "*colocar*", é a técnica principal usada em fenomenologia para ajudar aquele processo.

Para que possamos descrever uma experiência vivida, ela terá inicialmente que ser revelada.

A redução fenomenológica, será então o modo de a revelar.

MERLEAU-PONTY (1965:64),descreve o objectivo desta tarefa do seguinte modo: "*A*

nossa relação com o mundo é tão profunda e tão intima que a única forma que temos de o verificar, é a suspensão do seu movimento, recusar-lhe a nossa cumplicidade ou torna-la inoperante".

Na sequência desta afirmação, o autor aconselha a que tornemos os nossos pressupostos em senso comum, bem claros para que deliberadamente nos abstenhamos deles.

O seu recado, vai ainda no sentido de nos aconselhar a admirarmo-nos com o mundo; por outras palavras, para descrever as experiências vividas, teremos que colocar de lado a nossa atitude natural em relação ao mundo que a nossa autobiografia nos terá dado.

Admirando-nos com o mundo, os laços de significação surgem-nos pela interpretação, conhecimento e explicação.

Assim, colocar os nossos pressupostos entre parêntesis, é fazer com que neguemos os laços que nos unem ao mundo, mas rever exactamente aqueles que nos ligaram ao mundo físico, social e cultural.

O que nos é revelado por esta redução, não é a experiência pura , mas a experiência constituída pelos laços que nos unem ao mundo.

A redução completa é impossível, porque a nossa consciência está presa ao mundo.

Por este motivo, a descrição fenomenológica é sempre contingente da perspectiva dada pela experiência que se apresenta à percepção

As pessoas estarão sempre situadas e individualizadas.

Na reflexão, que aqui se pretende fazer, a tentativa é de parar o tempo e suspender os actos da consciência: Apesar de tudo, o tempo continua...

Teremos sempre na descrição fenomenológica, a progressão da experiência no tempo, ou seja, o estudo da experiência passada.

Por esta razão, a redução fenomenológica, e a sua descrição, dar-nos-ão sempre perfis incompletos da realidade, uma vez que não nos poderemos nunca separar do tempo...

2.3 – O SIGNIFICADO DO TERMO "VOLTAR ÀS COISAS MESMAS"

Para qualquer ciência, em termos de investigação, os princípios de pesquisa são os seguintes:

(1) o principio de assegurar o campo onde se revela o objecto de pesquisa;
(2) o principio do desenho da pesquisa pelo qual o método é investigado;
(3) o método ou o modo de lidar com o método de pesquisa.

Deste modo, o principio da pesquisa, é aquilo pelo qual incessantemente nos guiamos na execução da pesquisa, não contem qualquer resultado, tese ou dogma acerca do material que está a ser pesquisado, apenas contém a direccionalidade que deve ser imprimida à pesquisa.

Neste contexto, como o principio determina a execução de uma possibilidade do ser, também pode ser chamado máxima.

Na máxima fenomenológica "*as próprias coisas*" são introduzidas duas ideias:

1º - fazer pesquisa que seja autóne na sua demonstração, isto é, garantir demonstração que se baseie num solo nativo do fenómeno;
2 – Chegar ao mesmo solo de onde se partiu, respeitar a sua fundação.

Numa primeira abordagem, a investigação fenomenológica pretendeu faze-lo no campo da lógica e da teoria do conhecimento. Através desta abordagem inicial, HUSSERL vislumbrou duas possibilidades: Ou constituía do lado do objecto uma ciência das ciências ou passava à análise do sentido para o sujeito dos conceitos lógicos utilizados por esta ciência, no sentido que estabelece entre estes conceitos, no sentido das

verdades que pretende estabilizar, ou, em resumo, pôr em questão o próprio conhecimento, não para construir uma teoria a seu respeito, mas para fundar mais radicalmente o saber eidético.

No entender de HEIDEGGER (1985:45), "*A intencionalidade tornou-se o campo básico através do qual se produz a investigação fenomenológica*".

Que modo de tratamento dos dados deve então ser atribuído a este método assim entendido?

No dizer de HEIDEGGER (1985:78) "*O método descritivo é próprio da fenomenologia, dado que a descrição é uma acentuação articulada daquilo que é em si mesmo intuído. Acentuar articulações é análise. A descrição é analítica*".

Isto serve para especificar o modo de tratamento da pesquisa fenomenológica, num aspecto formal.

O caracter da descrição é em primeiro lugar especificado pelo conteúdo da matéria a ser descrita, para que a descrição possa ser diferente consoante aquilo que versa.

Esta descrição dirige-se antes do mais à auto-apreensão directa daquilo que é tematizado e não ás hipóteses e experiências indirectas.

O termo descrição nada mais explica.

A clarificação do contexto da máxima fenomenológica na base d sua concretização inicial e factual, conduz à seguinte definição: a fenomenologia, é a descrição da intencionalidade no seu à priori.

Esta definição heidggeriana, pretende apenas afirmar que o seu principio é para ser entendido a partir da sua tarefa, da possibilidade positiva, que implica, do ponto de vista do que guia os seus esforços e não do que é dito acerca dela.

A intencionalidade, dá-nos o campo propriamente dito onde deve ser observado o objecto, o à priori, dá-nos o olhar a partir do qual as estruturas da intencionalidade são coordenadas e a intuição categorial é o modo originário de apreender aquelas estruturas, o modo de tratamento da pesquisa.[2]

2.4 – A PESQUISA FENOMENOLÓGICA EM ENFERMAGEM

A pesquisa qualitativa, tenta estudar o Homem como ser total, baseando-se na experiência humana, no seu contexto natural, procurando estudar os fenómenos e a compreensão profunda dos mesmos.

A preocupação da escolhe deste método, na realização de estudos de enfermagem, centra-se no desejo de estudar algum fenómeno que faça parte da vida quotidiana das pessoas e não seja aconselhado o uso de métodos quantitativos.

É neste contexto que poderemos citar MARTINEZ (1989:167), quando afirma: "*As realidades, cuja natureza e estrutura peculiar só podem ser captadas a partir do marco de referência interna do sujeito que as vive e experimenta, exige ser estudado pelo método fenomenológico*".

Enquadrar a fenomenologia nos estudos de enfermagem, visa então, basea-los no que de mais genuíno existe em termos daquilo que constitui o seu *corpus*: a verbalização produzida pelos sujeitos do estudo.

Sendo uma profissão do conhecimento, a enfermagem integra um conjunto de novas disciplinas nascidas no contexto de mudança que se operou no último terço do século XX. nunca antes a humanidade tinha mudado tanto e a tal velocidade.

---

[2] Pretendemos aqui reafirmar que o que fascina na fenomenologia é exactamente o que Heidgger pensava desta: as possibilidades que encerra. Para este autor, a fenomenologia, é um método cuja definição é aquela de *Husserl "voltar às coisas mesmas"*. Sendo esta, uma máxima que pouco diz e que todos facilmente aceitam, constitui verdadeiramente a possibilidade de deixar ver as coisas não pelo que parecem ser, como elaboração, pois assim já teriam sido sujeitas a julgamento, mas aquilo que verdadeiramente são.

Constatamos que as pessoas vivas e que podem produzir testemunhos válidos podem ser entrevistadas e, contar, por si mesmas o que viveram. Sem entrar numa discussão que caracterizou a Escola de Chicago entre qualitativo/quantitativo, a enfermagem terá de saber usar as metodologias qualitativas, como forma de abordar aquilo que genuinamente é vivido pelos sujeitos do seu estudo.

Em enfermagem, a abordagem compreensiva no processo de investigação e interpretação fenomenológica são algo recente, tendo sido exploradas com base em investigações feitas noutras disciplinas, no âmbito das ciências sociais e humanas. OILER (1986); BODGAN e BIKLEM (1994).

Considerando as investigações qualitativas no domínio das abordagens compreensivas, perspectiva-se uma abordagem interpretativa, no sentido de melhor compreender o significado do fenómeno em estudo.

De acordo com a visão Heideggeriana, BENNER (1994), propõe uma abordagem interpretativa, com uma estrutura prévia de compreensão , em função da relação (cuidar/ser cuidado), para examinar as partes do todo e depois reexaminar o todo à luz da compreensão obtida através das partes que o compõem.

A enfermagem é actualmente entendida como uma profissão cuja essência visa cuidar o Homem como um todo, numa visão holística.

Será então útil o estudo fenomenológico para assim podermos , numa forma total, olhar o homem como um todo.

Para WATTSON (1985:207):" *A melhor forma de entender o outro ser humano é entrar na sua própria concepção de mundo e olha-lo através dos seus próprios olhos, entrando assim no seu próprio mundo fenomenológico*".

Ainda para WATTSON (1988:111),

> "*As experiências humanas não podem ser experimentadas. Podem unicamente ser explicadas na forma como são percepcionadas (...) A análise fenomenológica permite então uma rica descrição dos significados humanos, das experiências como são vividas pela pessoa e leva a uma compreensão do comportamento humano, na saúde e na doença, o que permite explorar o processo humano de Cuidar em enfermagem*".

RAY (1985), defende que fenomenologia oferece um caminho pelo qual o fenómeno humano (mental, social e histórico), ou as experiências vividas do "mundo " dos enfermeiros e das pessoas por quem são responsáveis, podem ser estudadas e compreendidas.

Acrescenta ainda que a fenomenologia permite conhecer os significados universais em enfermagem, interpretar o significado de "pessoa holística", compreender a enfermagem como ciência humana e o significado do que é "*ser humano*".

Nas teóricas de enfermagem, a fenomenologia aparece como método de pesquisa desde Marta ROGERS.

Não sendo a pesquisa desta autora baseada neste método, outras foram que basearam nele os seus estudos e, pela via fenomenológica avançaram com teorias (NEWMAN e PARSE).

Baseando-se na fenomenologia existencial PARSE (1985),objectivou um estudo que consistia em definir saúde, tal como era vivida nas actividades de vida quotidiana.

PARSE(1987), baseou a sua teoria na ideia do "*Human becoming*", muito influenciada pelos trabalhos de HEIDEGGER, SATRE e MERLEAU-PONTY. Conseguiu então descrever uma teoria onde o Homem não é fragmentado e está envolvido com o mundo através de uma relação dialéctica que lhe permite atribuir uma significação às experiências que compõem o seu processo de tornar-se; o homem participa na criação das diferentes visões do mundo, coexistindo com outros seres humanos.

O método fenomenológico em PARSE (1987:5), *"Procura então descobrir o significado das experiências, face a determinados fenómenos, através da análise dos sujeitos".*

O conhecimento acerca das experiências expande-se, permitindo que o fenómeno se manifeste ele próprio, sem aplicação das prescrições preditivas das metodologias quantitativas.

Tem explicitamente em conta o ser humano que experiência uma situação, utilizando descrições escritas ou apresentadas oralmente pelas pessoas, sob a forma de dados puramente simples. Isto inclui não somente o fenómeno em si próprio, mas igualmente e do mesmo modo o contexto de situações no qual ele se manifesta.

Ainda de acordo com PARSE (1987:15): *"A fenomenologia constitui um método que não procura revelar as inter-relações causais, mas antes revelar a natureza do fenómeno, através da experiência humana".*

O método que aplicou nos seus estudos, compreendia quatro passos fundamentais:

1)Selecção dos participantes, a fim de evitar a redundância ou saturação dos dados. Dois a dez participantes, são usualmente suficientes;

2) Envolvimento dialogante entre pesquisador e o informante, numa discussão não estruturada. A qualidade deste envolvimento, baseava-se na inter-subjectividade de estar um com o outro;

3) Extracção síntese dos dados, de forma a transportar as descrições dadas pelos sujeitos para níveis de compreensão cientifica;

4) Interpretação heurística dos dados relacionados com a sua teoria "*Man – living- healt*".

Outros métodos têm sido seguidos em enfermagem, entre os quais o de VAN KAAM, referenciado por MUNHALL e BOYD (1993:115).

Este método foi utilizado, pedindo aos investigadores que escrevessem sobre o tema da investigação; de seguida procedia-se da seguinte forma:

1) Cada expressão, palavra ou frase, que descrevesse algum dos aspectos da experiência era listado separadamente dos outros;
2) Expressões semelhantes eram agrupadas e era-lhes dado uma designação comum;
3) As expressões consideradas irrelevantes eram eliminadas;
4) Os grupos de expressões que tivessem relação próxima eram agrupados;
5) Os elementos comuns eram comparados com a média das afirmações dos sujeitos em estudo;
6) Os passos de análise eram feitos independentemente por outros técnicos(juizes) para testar a veracidade dos resultados.

Algumas alterações foram introduzidas por autores subsequentes, entre os quais se destaca COLLAIZI referenciado por MUNHALL e BOYD (1993:118).

Este utilizou a entrevista em vez de obter os dados escritos pelos sujeitos.

Utilizou no seu estudo uma amostra de nove doentes crónicos. As interpretações resultantes do estudo, eram agrupadas para constituir temas; os temas eram agrupados em cachos e, estes em categorias e depois analisados.

Verificamos deste modo que a adopção do método fenomenológico em enfermagem tem obedecido a critérios de criatividade, não sendo de todo dada grande ênfase a delimitações metodológicas, FORTIN (1988).

De facto, o que os autores sempre defenderam que a fenomenologia é um método cujo nome apenas indica qual a direccionalidade do que se deve ser estudado, isto é, os fenómenos.

Pela pesquisa bibliográfica efectuada, verificamos ainda que este método tem nos últimos tempos sido útil à enfermagem, na medida em que os teóricos de enfermagem têm recorrido a ele, pois permite uma reflexão sobre o vivido e dá suporte para a elaboração teórica, permitindo assim o avanço da enfermagem.
Nesta sequência, entendemos também ser este método útil para nós, pois à

semelhança do que anteriormente referimos, também este método se nos apresenta válido, na medida em que nos permite fazer uma reflexão sobre o vivido pelos enfermeiros, nas suas experiências com crianças vitimas de maus tratos e que de outro modo resultaria impossível.

Capitulo Terceiro

3- A FENOMENOLOGIA ENVOLVIDA NA PERCEPÇÃO DOS MAUS TRATOS INFANTIS PELOS ENFERMEIROS

"Todas as criaturas, vivem até certo ponto, num mundo único..."

DAVIDOFF (s.d.)

Ao prosseguirmos com o propósito deste trabalho e, ao pretendermos fazer um estudo baseado em metodologia fenomenológica, deparamo-nos com uma certa dicotomia de pensamento acerca do próprio fenómeno em estudo.

É certo que o método fenomenológico é actualmente bastante utilizado em enfermagem, sobretudo em investigação (em enfermagem) sendo por isso aplicado de acordo com os critérios já referidos.

Contudo o que nos fez parar para reflectir, foi a questão de como poderemos estabelecer um elo de ligação entre duas realidades tão distintas?

Por um lado a fenomenologia embuída por um pensamento filosófico, por outro uma realidade tão concreta e tão marcante como o são os maus tratos infantis.

A resposta pareceu-nos encontra-la ao reflectirmos sobre o próprio fenómeno em estudo: A percepção dos maus tratos infantis pelos enfermeiros.

Entendemos, então, que ao caracterizarmos o fenómeno **Percepção** e aquilo que caracterizava a actuação do enfermeiro junto as crianças vitimas de maus tratos, encontraríamos o denominador comum que nos permitisse a continuação e a compreensão deste estudo, sem nos desviarmos do sentido da lógica que estabelecemos quando traçamos o caminho...

3.1. – A FENOMENOLOGIA DA PERCEPÇÃO

Caracterizar o fenómeno percepção resulta também numa tarefa difícil dada a possibilidade da sua caracterização ser possível ao nível das diferentes disciplinas, tais como a psicologia, a sociologia, a própria filosofia.

A abordagem, que iremos fazer, assume um cariz essencialmente filosófico que dentro de uma abordagem genérica e sem pretender grande exaustão nos possa servir de suporte e compreensão no estudo que estamos a realizar.

3.1.1 – Noção de percepção

O real é um tecido sólido, ele não espera os nossos juízos para anexar a si os fenómenos mais aberrantes, nem para rejeitar as nossas imaginações mais verosímeis.

"*A Percepção, não é uma tomada de consciência do mundo, não é nem mesmo um acto, uma tomada de posição deliberada; ela é o fundo sobre o qual todos os actos se destacam e não é ela pressuposta por eles*". MERLEAU-PONTY (1996:5).

O que é então a percepção?

Numa acepção muito lata, e de acordo com ABBEGANO, in LOGOS (1991:54), pode considerar-se a percepção como: "*A operação mental de um sujeito, mediante a qual este recebe no seu espirito ou atinge pelo espirito um objecto do conhecimento*".

Neste significado designa qualquer actividade apta a conhecer em geral.
No seu uso mais preciso, é considerada um acto primitivo, ou seja, não intelectual e não reflexo, objectivo, isto é, ligado a condições externas aos percipientes e ainda global e unitário, captando um objecto real determinado.

Num significado mais restrito, "*A percepção traduz um acto cognitivo objectivo que capta um objecto bem determinado, seja ele físico ou mental.*" (ibidem:56)

O significado de percepção é explicado de diferentes modos, de acordo com diferentes teorias, onde a distinção entre Sensação e Percepção assume principal relevância.

Deste modo, o termo percepção, usado desde a antiguidade, é explicado de diferentes modos, resultando então diferentes escolas, de onde se destacam a idealista, realista, tomistas modernos e empiristas.

Será com o objectivo de obtermos uma visão geral, que faremos uma breve referência ás diferentes escolas do que é a percepção.

A – IDEALISTA

Dentro desta escola destacam-se:

PLATÃO

Filósofo discípulo de Sócrates, destaca na sua filosofia dois pontos fundamentais, o conhecimento e a ética, intimamente ligados entre si. PLATAO (1947).

Sobre o conhecimento, ele defende que enquanto o homem se encontrar num mundo sensível, apenas percepciona as coisas que são sombras ou cópias da autêntica realidade – arquétipo ou ideia – existente no mundo inteligível. "*As sombras ou cópias têm qualidades opostas às ideias e, por isso, são efémeras, imperfeitas e caducas*". PLATÃO (1947:32).

O homem no mundo sensível não chega a conhecer, mas somente a recordar. Quando se lhe apresenta qualquer objecto sensível, este provoca-lhe a recordação de ideia correspondente e existente no mundo inteligível. Recordação esta que é acompanhada de nostalgia ou saudade do mundo das essências, ou seja, o inteligível. Neste sentido ela, sensação, quer regressar para junto das ideias, onde o conhecimento – A intuição – lhe condicionará a felicidade que não encontra no mundo em que se encontra – o sensível.

A realidade do mundo em que vivemos, sendo uma cópia de ideias, situa-se muito abaixo, axiologicamente, da realidade do mundo dos arqueótipos.

Para este filósofo o homem enquanto ser existente neste mundo percepciona sim, mas não objectos reais, só aparências; estes encontram-se no mundo inteligível. Daqui a sua percepção ser imperfeita, cujo objecto da mesma, não passa de uma sombra da própria realidade, que só atingirá quando realizar a dialéctica ascensional do conhecimento, passando pela ignorância, opinião, conhecimento discursivo e por último o verdadeiro conhecimento, por ela considerado, o intuitivo. Este percurso exige que a alma se separe do corpo, porque no mundo inteligível só aquela tem entrada.

Vemos aqui uma grande influência do seu mestre - Sócrates – que com um objectivo um pouco diferente, apelidava o corpo de "*mau companheiro*" – e exigia que ele deixasse a alma só para poder conhecer a verdade e atingir a sabedoria que lhe proporcionasse a plena felicidade (Ibidem: 33-45).

KANT

Este filósofo, por sua vez, tentou demonstrar que o homem, ao conhecer pela sensibilidade – percepção - , portanto, não atingia as coisas como elas eram, as coisas em si, mas apenas como elas se nos apresentavam, isto é, alteradas pelas formas "à priori" do espaço e do tempo.

O número, *a coisa em si*, não era captada pelo sujeito, mas só o fenómeno, a coisa como se nos apresenta. KANT (1985).

Notamos aqui também uma forma idealista em que o autêntico conhecimento não se conseguia neste mundo, porque todos os objectos são espacio - temporalizados e, por isso, alterados no acto do conhecimento da sensibilidade. Não nega a existência da realidade, mas nega ao homem a possibilidade de a alcançar e conhecê-la tal como ela é; a comparação dos óculos amarelos é evidente. Imaginemos que possuíamos uns óculos de lentes amarelas. Logo o mundo captado pela visão será de tom amarelo e não vem com a tonalidade original. Assim sendo, o objecto deturpado pelo espaço e tempo que o localiza, não será conhecido tal como ele é.

HEGEL

Defende este filosofo que a realidade é a Ideia: "*Em Devir*". Afirma também que ela pode ser racionalmente conhecida no seu processo "*De Devir*".

É possível, por isso, atingir o saber absolto no seu sistema em movimento, ou seja, tudo é passível de ser conhecido, de uma forma progressiva e temporalmente, porque o absoluto não está já todo manifestado, mas vai-se manifestando, fenomenalizando, a cada momento que corre.

Deste modo não se cria a filosofia que se quer, mas pelo contrario, a filosofia que existe é a que depende da evolução dialéctica do Devir do próprio espirito ou ideia que envolve uma lógica interna no seu desenvolvimento temporal.

Consequentemente para Hegel, a filosofia não tem um caracter profético, ela não anuncia ou revela o futuro, mas apenas apreende o que já se manifestou ;Por isso, afirmava que a filosofia chegava sempre tarde, ou seja, após as manifestações do Absoluto a que elas eram conhecidas. HEGEL (1954); HEGEL (1986).

O que é (existe), não se apresenta de forma estática, mas sim de um modo dinâmico, não sendo portanto uma substância permanente e imutável, mas um sujeito em devir incessante que se vai revelando na exteriorização gradual das suas propriedades.

"*Todos os elementos, por mais simples que se apresentem, encontram-se articulados com o todo de que fazem parte integrante. O todo vai-se alterando, vai-se tornando outro a cada momento, segundo o sistema dialéctico da tese Antítese e síntese*". HEGEL (1986: 12).

Ainda o mesmo autor afirma: "*O que é racional é real e o que é real é racional*" (Ibidem). A capacidade cognitiva do homem é diferente para Hegel, se a compararmos com a tese de Kant, já exposta.
"*Tudo o que é cognoscível, é real, mas também tudo o que existe é cognoscível*". HEGEL (1986: 13).

B – REALISTAS

São seguidores desta escola:

ARISTÓTELES

Para Aristóteles, "*O sujeito e objecto do conhecimento existem independentemente um do outro*". ARISTOTELES (VII, 2).

O conhecimento é a representação do objecto ou da realidade, provocada pelo mesmo objecto que pré existia ao conhecimento. Ao conhecermos atingimos a realidade distinta da nossa representação e independente dela, mas não uma realidade qualquer, mas sim a realidade que lhe corresponde. Essa é, sem dúvida, distinta do pensamento, assim como das nossas representações e que existe só por si (Apenas dependente do criador).

Conhecer é atingir a realidade como é e não as suas representações subjectivas. Há no entanto, que ter em conta o estado psicológico do indivíduo que, por sua vez, pode não permitir que se atinja a realidade tal qual ela é. Por exemplo, os daltónicos, embora atinjam as cores - vermelho / verde – elas são-lhe representadas de forma diferente do normal, ou seja, como elas existem. O mesmo se passa com quem está bastante frio, qualquer líquido morno apresenta-se-lhe quente. Estas alterações são referentes ao estado em que se encontra o indivíduo.

Do mesmo modo teremos que referir-nos às percepções possíveis, mas que ultrapassam ou são inferiores (as sensações) do limiar sensorial absoluto (mínimo ou máximo) do indivíduo.

Este caso levou-nos a expor o que o filósofo considerava "*Qualidades primárias e Secundárias*"

As primeiras, (extensão, forma, peso, movimento, resistência, etc.) são inerentes ao próprio objecto e captados pelo sujeito tal como se apresentam. Quanto às qualidades secundárias (cor, som, sabor, calor, etc.) que dependem dos órgãos sensoriais e não se

encontram nos objectos, são conhecidas de forma diferente de sujeito para sujeito. O conhecimento sensorial, neste caso, é por isso, relativo.

Aristóteles, ao referir-se ao conhecimento afirma que o conhecido corresponde à essência do objecto, a ideia formada é a sua representação pela qual atingimos a própria realidade.(Ibidem)

As características individualizantes, ou seja, a sua forma leva-nos a conhecer o objecto diferente, mas o mesmo não se passa quanto à compreensão da ideia porque esta exprime a sua essência.

S. TOMÁS

Para este filósofo, é a experiência que fornece os dados experimentais, a partir dos quais inteligência, através do "*intelecto activo*" elabora as ideias que representam as coisas.

Em cada coisa há que distinguir o individual e o essencial; Ora a inteligência preocupa-se por atingir a essência e não os acidentes (o individual).A inteligência tem um papel activo no acto de conhecimento, despojando os dados sensoriais do que eles têm de subjectivo e individual, evidenciando o essencial e geral que traduz a realidade existente e que constituem as ideias, as representações intelectuais dos objectos apreendidos pelos sentidos.

O conhecimento implica desta forma dois elementos que se unem: A matéria – Apresentada pelos sentidos e pela consciência e – A forma- que através da abstracção apenas considera o que nos dados sensíveis existe de universal e necessário.

As ideias têm valor objectivo porque elas são formadas pela razão a partir dos objectos. AMARAL (1961)

As ideias são uma elaboração activa da inteligência e daí a negação de ela apenas receber as impressões dos objectos de forma passiva.

O filósofo, defende ainda a existência da realidade exterior ao homem e a sua captação através das ideias que a representam como ela se nos apresenta na sua forma essencial.

O conhecimento será verdadeiro quando o conteúdo corresponde à realidade que é conhecida e, por isso, ele é uma representação da realidade no nosso espirito.(Ibidem)

Poderemos afirmar que esta teoria corresponde à atitude natural do homem e confirma em parte, o que defende o senso comum. A realidade é uma existência que é apreendida pela inteligência na sua acepção essencial.

C – TOMISTAS MODERNOS

Todos os neo–tomistas, estão de acordo com S. TOMAS e neste aspecto não diferem no essencial.

Mantêm a tese tomista, entre outros BALMES (séc. XIX), Cardeal MERCIER (séc. XIX – XX) e Jacques MARITAIN (séc XX).

Discordam com os empiristas quando estes afirmam, nada existe na inteligência, sem que primeiro existisse nos sentidos, mas aceitam este principio como ponto de inicio do acto cognitivo, realçando o papel da inteligência, enquanto actua para formar as ideias que contêm apenas o que é essencial e universal.

Os conhecimentos para eles apresentam-se com características diferentes daquelas que tinham nos sentidos, atingindo a realidade na sua essência.

Evidentemente que todos os realistas negam o valor ao chamado realismo ingénuo que admite que captamos as coisas tal qual as captamos e, por isso, o conhecimento seria uma cópia fiel do mundo externo.

Por seu lado, o realismo crítico apenas aceita que compete à inteligência interpretar e corrigir o que os sentidos lhe apresentam para atingir o essencial, depois de depurado do acidental.

Há que realçar ainda a diferença nítida entre o sujeito que conhece e o objecto que é conhecido, assim como o modo como é conhecido. "*A questão que opõe percepcionismo e interpretetacionismo situa-se na controvérsia neo-escolástica sobre o valor objectivo da conhecimento dos sentidos externos e, particularmente sobre o conhecimento dos sensíveis próprios (ou qualidades secundárias*" ENCICLOPÉDIA VERBO, (1991)

O percepcionismo defende que os sensíveis próprios existem ou nos próprios corpos, ou entre os corpos e os sentidos, tais como são apreendidos.

Com o desenvolvimento da física moderna, o percepcionismo deixou de gozar de uma certeza absoluta, embora o interpretacionismo também se não possa provar plenamente. Se as qualidades sensíveis próprias não existem formalmente, mas só fundamentalmente, nas coisas e se apenas surgem na sensação, temos que reconhecer que o sensível próprio só fica perpetuamente constituído pela cooperação da coisa externa com o sujeito que a percebe.

D – OS EMPIRISTAS

São representantes desta escola:

JOHN LOCKE

Contrariamente ao defendido por DESCARTES, este filósofo na sua tese da *Tábua rasa*. Considera então que o nosso espirito é como que uma *tábua rasa,* onde não existe ideia alguma, antes de ser impressionado pelos nossos sentidos.

Toda a sua filosofia assenta no principio já transcrito de que nada existe na inteligência sem que primeiro existisse nos sentidos: "*E assim, esta grande questão reduzir-se-á unicamente a dizer que aqueles que falam de princípios inatos, falam muito impropriamente.*" LOCKE (1964 Liv. I: 68-69).

O mesmo autor, acrescenta ainda: "*Admitamos pois que, na origem, a alma é como que uma tábua rasa, sem quaisquer caracteres, vazia de ideia alguma*" (Ibidem Liv. II, Cap.I)

Desta forma, nega em absoluto o inatismo de Descartes, a saber que nascemos com algumas ideias, por exemplo, a ideia de perfeito e de infinito.

Distingue então LOCKE:

- Ideias simples – Aquelas que são obtidas directamente pela experiência dos sentidos e da consciência;
- Ideias Complexas - Aquelas que são obtidas indirectamente pela separação ou combinação das ideias simples antes adquiridas.

Diz o autor: "*Primeiramente chamo modos a essas ideias complexas...Em segundo lugar, as ideias das substâncias são certas combinações de ideias simples.*
A terceira espécie de ideias complexas é aquilo a que chamamos relação" (Ibidem Liv. II, Cap. XII).

A fonte do conhecimento ou é a experiência externa que nos permite apreendermos os objectos externos pela sensação, mais propriamente a percepção ou é reflexão ou consciência que nos permite conhecer o que se passa dentro de nós.

O espirito não actua e recebe passivamente os dados que a experiência lhe fornece.

O empirismo não admite actividade racional que interprete a experiência e que a estruture , a explique e a fundamente.

DAVID HUME e STUART MILL

O primeiro destes filósofos segue muito de perto o anterior – JOHN LOCKE – modificando tão só algumas expressões que eventualmente poderão Ter o mesmo significado e a mesma interpretação filosófica. Deste modo ele escreve que:"*Os elementos do conhecimento são as sensações e a reflexão ou as "impressões" e as*

"ideias"; a distinção entre impressão e ideia é apenas o facto de as primeiras serem mais fortes e mais vivas" HUME (s.d. :59-60).
A sua tese, chama-se "*associacionista*", pelo facto de que no acto do conhecimento é a experiência que fornece os dados e estes são fornecidos em separado, seguidamente associam-se automaticamente, dando lugar aos primeiros princípios, aos juízos e aos raciocínios.

Quanto aos primeiros princípios, eles são o resultado das experiências repetidas que conduzem o espirito a um hábito associativo e que provocam um determinado juízo, ou seja a atribuição de um predicado a um sujeito; estes casos são considerados associações indissolúveis entre dois termos.

Um dos exemplos mais significativos de HUME é como ele explica o princípio da causalidade: Se colocarmos um vaso com água ao lume, ele ferve, ou melhor leite, ele aquece e depois ferve. a experiência prova que por a água aquecer acaba por ferver? Este facto não é evidente. O que se passa é que se repetir o fenómeno o resultado é o mesmo; então conclui-se que há uma ligação constante ou sucessão regular entre os dois fenómenos, mas não uma conexão necessária. Este caso explica-se pelo hábito e pela associação de ideias. O facto do aquecimento provocar a fervura, depende no seu entender da experiência passada que conduz ao hábito.

Desta forma ele explica o principio da causalidade que tem uma importância capital no desenvolvimento da filosofia.

O principio da causalidade é consequência de um hábito mental associativo que apenas indica uma relação de precedência.
A mesma opinião assume STUART MILL.

Desta abordagem das diferentes escolas resultaram como é evidente diferentes perspectivas e teorias acerca da percepção.

Conceptualizar o que é percepção, numa base simplista e linear torna-se então tarefa difícil.

Tendo como fundamento o objectivo deste estudo, importa-nos dizer que entendemos a percepção como um meio fundamental para que as pessoas obtenham informação sobre si mesmas, as suas necessidade e sobre o meio que as rodeia.

Nesta perspectiva, e de acordo com KOZIER, ERB e BLAIS (1995:72), "*A percepção é um processo de seleccionar, organizar e interpretar os estímulos sensoriais, num retrato do mundo significativo e coerente*".

A percepção resultará então, numa consciencialização da realidade por uma pessoa e baseia-se no conhecimento do indivíduo e nas suas experiências passadas.

Os observadores, são propensos a fazerem inferências a partir de fragmentos de informação, e as influências estão incluídas naquilo que o observador espera perceber.

Para os autores atrás mencionados, três factores interferem nos campos perceptuais das pessoas:

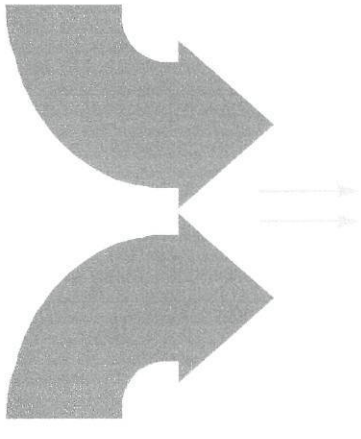
- As necessidades das próprias pessoas;
- Seus valores e crenças;
- Os seus auto conceitos.

Ainda KOZIER, ERB e BLAIS (1995:73), referem que a compreensão da teoria perceptual, "*É essencial para a enfermeira que deseja comunicar com os seus clientes e adquirir e interpretar os dados que deles provêm e que a análise proveniente dos dados resulta num processo indutivo*".

Será com base neste pressuposto que avançaremos para o nosso estudo.

PARTE PRIMEIRA

DESCRIÇÃO DO CAMPO NO QUAL SE MANIFESTA O FENÓMENO



CAPITULO PRIMEIRO
1 - ESTRUTURAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa qualitativa estuda o Homem como ser total e baseia-se na experiência humana no seu contexto natural, procurando o estudo dos fenómenos e a compreensão profunda dos mesmos.

A realidade é subjectiva e perspectivada. Cada um vê o mundo de acordo com as suas experiências e vivências e tem também a sua própria forma de estar no mundo.

LIER e MARCUS (1994: 256), consideram que: *"A verdade é expressão subjectiva da realidade, como é percebida pelo participante e partilhada pelo investigador".*

Ainda para LIER e MARCUS (1994: 257): *"O significado que o homem atribui às suas experiências, emergem do seu contexto de vida". Acrescentam também que: "As experiências das pessoas são diferentes, únicas, e podem ser conhecidas pela descrição individual e subjectiva das mesmas".*

A atitude de investigação de que este trabalho se reveste pretende, então, conceber e pôr em prática um caminho que nos permita a ilucidação do real, isto é, conhecer e compreender o verdadeiro significado do fenómeno, através da exploração e reflexão das experiências e vivências sentidas e descritas por cada um dos participantes deste estudo.

Mas, como posso, no entanto, conhecer a experiência do enfermeiro, a sua consciência, o seu vivido?

Conhecer o outro, as suas percepções, não é na verdade tarefa fácil. Neste contexto, diz-nos RENAULT (1985 : 222.*), "Não conheço senão a minha consciência e, ao querer chegar á verdadeira essência do outro, esbarro com a minha própria subjectividade e a subjectividade do outro".*

Mas, tal como nos diz WATSON (1988: 111) e que já referenciamos: "*As experiências humanas não podem ser medidas nem experimentadas, podem unicamente ser explicadas, na forma como são percepcionadas*".

Para o mesmo autor (Ibidem), a análise fenomenológica "...*Permite uma rica descrição dos significados humanos e das experiências tal como são vividas*".

Neste sentido, diz-nos MARTINEZ (1989: 167): "*As realidades cuja natureza e estrutura peculiar só podem ser captadas a partir do marco de referência interna do sujeito que as vive e experimenta, exigem ser estudadas pelo método fenomenológico*".

Quando abordamos o contexto dos maus tratos infantis, podemos entender o enfermeiro como um "*espectador mergulhado no espectáculo*", no qual toma consciência do fenómeno.

Assim a essência do nosso método de estudo, tem a ver com o modo como cada um dos participantes descreve o vivido e do mesmo modo mostra a forma como está e vive no mundo. Esta realidade que é a sua vivência acerca dos maus tratos infantis...

O que se pretende, então, através deste estudo que se inicia acerca da percepção dos enfermeiros sobre os maus tratos infantis é clarificar e ter a possibilidade de apreender essa realidade e transformá-la intuitivamente em dado, o que surgirá após reflexão.

Para evitar qualquer desvio desta intenção, e de acordo com a perspectiva de HUSSERL, deve usar-se a redução fenomenológica.

Redução fenomenológica é:

> "*A todo o transcendente (que me é dado imanente) deve atribuir-se o índice zero, isto é, a sua validade não deve pôr-se como tal mas, quando muito, como fenómeno de validade. É- me permitido dispor de todas as ciências só enquanto fenómenos, portanto, não como premissas ou até de hipóteses, como ponto de partida*", HUSSERL, (1989: 25-26).

Não existem, como tal, hipóteses de partida neste trabalho.

Os estudos fenomenológicos têm, como já foi anteriormente referido, merecido a reflexão de muitos autores e até para o estabelecimento de teorias de enfermagem.

Esta forma de raciocínio tem sido sempre estabelecida sobre depoimentos que tanto podem ser escritos, como gravados; continuando desta forma a utilizar o método fenomenológico em enfermagem, verificamos ser de utilizar a seguinte estrutura no presente trabalho:

1.1 – OBJECTIVO DO ESTUDO E PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com BENOCIEL, citado por POLIT e HUNGLER (1991:349)," *A investigação qualitativa, não pode descrever-se como um grupo de maneiras de colocar questões sistemáticas, relacionadas com a compreensão dos seres humanos e com a natureza das suas relações consigo mesmo e com o ambiente que os rodeia*".

Sendo que no tipo de investigação que nos propomos efectuar, o raciocínio indutivo não passa pela elaboração de hipóteses, há então que definir uma pergunta de investigação que, ao mesmo tempo que corresponda ao que se pretende saber no estudo obtenha, um depoimento dos informantes.

Encarada no seio do método fenomenológico, a pergunta de investigação dirige-se ao significado do fenómeno em estudo.

Entende-se pois o nosso fenómeno em estudo, como sendo a percepção dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários, acerca dos maus tratos infantis.

Questionando a experiência vivida, aquela deve garantir um depoimento que permita a reflexão descritiva, um olhar sobre a experiência resultante do contacto com crianças vítimas de maus tratos e que permitem, deste modo, descobrir os laços que unem o ser no mundo com outros, através da percepção deste.

Pretendemos então que os seus depoimentos nos levem a compreender que aspectos estão envolvidos neste fenómeno.

Pensamos pois, que a pergunta dirigida à essência do fenómeno deveria suscitar uma rápida consciencialização e depoimento.

Pedimos a cada participante que, de acordo com a sua experiência profissional, relembrasse uma situação em que tivesse tido a oportunidade de prestar cuidados a uma criança vítima de maus tratos.

Colocamos, então, a seguinte questão:
Relembre uma situação em que tenha assistido uma criança vitima de maus tratos. Relate-nos o mais detalhadamente possível essa experiência, descrevendo as suas percepções e sentimento, o que mais o marcou e se algo mudou em si depois dessa experiência.

1.2. – SELECÇÃO DA AMOSTRA

Segundo POLIT e HUNGLER (1991:349) "*A investigação qualitativa baseia-se com frequência na premissa de que o conhecimento dos seres humanos não é possível sem a descrição das experiências dos homens, pela forma como as vivem e como as descrevem eles mesmos*".

Pretendendo nós estudar a percepção dos enfermeiros acerca do fenómeno dos maus tratos infantis e tendo presente o pressuposto referido no parágrafo anterior e ao mesmo tempo querendo respeitar as condições metodológicas impostas, tornava-se importante a escolha dos indivíduos que nos permitisse alcançar este propósito.

A selecção da amostra populacional, com a qual pretendemos trabalhar, baseou-se nos seguintes elementos:

Tratando-se este trabalho de um estudo baseado num raciocínio indutivo, a amostra teria que ser não probabilística (intencional), visto não existirem quaisquer métodos que

permitissem estimar qual a probabilidade de cada elemento da população ser incluída a amostra.

Neste âmbito, para obtenção da amostra, seleccionámos os participantes de acordo com as necessidades do estudo.

Inicialmente escolhemos entrevistar enfermeiros, a quem também com o parecer do enfermeiro chefe, reconhecemos facilidade de abordagem da temática, experiência anterior ou cuja vivência fosse considerada típica.

Este conceito é ajustado à normalidade do contacto profissional, ou pessoal. Este contacto ocorre com certa regularidade nos meios profissionais e daí poder falar-se de um elemento típico.

O estudo foi-se desenvolvendo, as descrições aprofundaram-se cada vez com mais pormenor e as pessoas com conhecimento particular foram sendo procuradas por nós. Finalmente procurámos sujeitos com experiências atípicas, por forma a abarcar todo o tipo de experiência e a totalidade do conceito fosse percebido.

Em conformidade com aquilo que expusemos, a amostra foi seleccionada de acordo, fundamentalmente, com a vivência que cada um detinha acerca do fenómeno, tendo havido a possibilidade de, antes de avançarmos para as entrevistas, identificarmos quem estava em melhores condições para enquadrar a amostra.

Por outro lado, a linha de pensamento de COLLAIZI e PARSE, citados por MUNHALL e BOYD, (1993:118), é de que:

> "*Os estudos fenomenológicos em enfermagem, podem ter de dois a dez informantes, ou seja: menos sujeitos são mais intensamente estudados (estudos qualitativos), comparados com um grande número de sujeitos extensivamente estudados (estudos quantitativos)*".

Deste modo, os estudos qualitativos exploram todas as dimensões da unicidade humana, o que pode ajudar o pesquisador a entender o significado da experiência do participante.

Os critérios de elegibilidade desta amostra, foram definidos do seguinte modo:

A - De acordo com BODGAN e BIKLEM (1994); LIER e MARCUS (1994),um dos critérios mais importantes neste tipo de investigação fenomenológica, será a vivência do fenómeno em investigação.

Foi neste contexto que delimitamos o primeiro critério de elegibilidade para os nossos participantes:
Todos os enfermeiros seleccionados teriam de exercer funções na prestação de cuidados, de acordo com o Dec. Lei 437/91 de 8 de Novembro, modificado pelo Dec. Lei 412 de 1998 de 31 de Dezembro, a trabalhar em cuidados de saúde primários e que no decurso do seu desempenho tivessem tido já a experiência de lidarem com crianças vitimas de maus tratos.

A inclusão desta condição ,como critério de selecção, prendeu-se com o facto de entendermos que o enfermeiro que se encontra a trabalhar em cuidados de saúde primários ocupa uma posição privilegiada para abordar esta problemática:

- 1º - Porque a comunidade encerra em si os factores que directa ou indirectamente estão envolvidos neste quadro de violência infantil. São causa e efeito de um mesmo problema.
- 2º - Porque o enfermeiro de saúde pública está em contacto directo com a população, proporcionando-lhe posição de destaque, pelo facto de ao prestar cuidados poder estabelecer grande empatia com a população passando assim por "*Observador desapercebido*", facto que lhe confere grande importância no modo como vive estas situações e como consequentemente no-las podem transmitir.

B - O segundo critério estabelecido seria que os enfermeiros referidos no anterior critério tivessem mais de dois anos de experiência profissional.

Este critério baseia-se num estudo efectuado por BENNER (1984: 20) acerca da evolução do desempenho profissional dos enfermeiros desde que iniciam a profissão.

Assim e de acordo com o referido estudo, quem inicia a profissão é tido por "Noviço", isto é, tem pouca experiência com as situações nas quais é esperado que desenvolva as suas actividades.

Nesta primeira fase os enfermeiros têm uma visão fraccionada do doente e daquilo que o envolve.

O segundo estádio referido neste estudo é o do "*Iniciante avançado*", cuja acção é dirigida por "linhas mestras" que integram muitos atributos e aspectos do doente, mas tendem a não estabelecer uma clara diferença entre eles, isto é, atribuem a todos igual importância.

O terceiro estádio será o da "*Enfermeira competente*". Aqui está contemplada a enfermeira com dois a três anos no mesmo serviço, ou similares e atinge-se quando ela consegue visualizar as suas acções com consequências a longo prazo; Os planos são elaborados numa perspectiva pessoal e baseiam-se em abstracções conscientes e analíticas dos problemas dos doentes.

Foi neste contexto que estabelecemos este critério. Interessa-nos pois que os enfermeiros seleccionados consigam identificar os casos de maus tratos infantis e que as suas acções estejam baseadas em perspectivas conscientes e analíticas dessas situações, para que, deste modo, no-las possam transmitir com veracidade e fidedignidade.

C - Para COLLAIZI (1978), os critérios de elegibilidade a ter em conta são o da habilidade em expressar as suas experiências.
Neste sentido este foi, então, o nosso terceiro critério a estabelecer.

Para além dos anteriores, os enfermeiros seleccionados para participarem neste estudo

teriam que ter facilidade de expressão para assim transmitirem facilmente as suas experiências.

D - Um último critério a ter presente foi, por motivos evidentes, que fossem voluntários.

1.3 - SATURAÇÃO DE CAMPO

Num estudo desta natureza, mais importante do que determinar o tamanho de uma amostra, importa determinar quando termina a colheita de dados. Esta acontece quando a saturação é alcançada.

A saturação de dados é para BOGDAN e BIKLEN (1994), "*O ponto de recolha de dados, a partir do qual a aquisição de informação se torna redundante. O investigador constata que a inclusão de participantes adicionais não resulta em nova informação, mas sim em informação similar*".

Assim, a saturação de dados ocorre quando a informação que está a ser recolhida se torna repetitiva, ou seja, as ideias relatadas pelo participante foram já anteriormente partilhadas por outros participantes. A inclusão de novos participantes não resulta, então, em novas ideias.

De uma maneira geral os temas repetiram-se, surgindo apenas novos aspectos característicos do contexto onde se desenrolava a acção que estava a ser descrita pelo entrevistado.

Então, a saturação de campo ocorreu quando a informação que se obtinha, se tornava repetitiva. Foi este aspecto, que de facto determinou exactamente a extensão da amostra.

Esta paragem e consequentemente a saturação de campo, foi também de encontro à opinião do nosso orientador.

Pensamos por isso ter alcançado a saturação de campo, após a realização de doze entrevistas

Capitulo Segundo
2 – RECOLHA DE DADOS

Para dar cumprimento a esta etapa da nossa investigação, foi solicitado formalmente a autorização ao Coordenador da Sub Região de Saúde da Guarda, cujo pedido foi deferido (anexo A).

Informalmente, foi pedida ainda a colaboração à enfermeira Supervisora da mesma Sub Região de saúde, com a finalidade de comunicar aos enfermeiros chefes dos Centros de Saúde, afim de obter a sua colaboração.

Por razões que se prendem com questões de tempo e, por conhecimento de algumas situações existentes, foram seleccionados, os locais onde nos pareceu ser possível a recolha de dados.

Foram então solicitados aos respectivos chefes a sua colaboração. Pelo conhecimento que detinham dos elementos da sua equipe, foi-lhes fácil designar os enfermeiros, de modo a dar cumprimento aos requisitos estabelecidos.

Coube-nos a nós, verificar a conveniência da entrevista e a recolha do depoimento.

Assim, para efectuarmos a recolha do depoimento, deslocamo-nos aos locais de trabalho, nas horas e datas previamente combinados.

O ambiente foi preparado, segundo as possibilidades dos serviços em causa, no sentido de garantir a privacidade e de modo a que entrevistado e entrevistador se sentissem confortáveis.

O entrevistado foi sensibilizado para a importância do seu depoimento na realização do estudo.

Deste modo, as entrevistas começaram com uma explicação ao enfermeiro sobre a natureza e o objectivo do trabalho.

Era pedido igualmente consentimento para efectuar a gravação da entrevista, garantindo o anonimato e a não utilização da gravação para outros fins que não o estudo em questão.

Todos os enfermeiros contactados consentiram na gravação e confirmaram a sua vontade em colaborar e a sua disponibilidade naquele momento.

As entrevistas iniciaram-se, então, com a pergunta de investigação, verificando-se apenas a necessidade de orientar com alguma questão pontual o discurso iniciado.

Todas as entrevistas decorreram sem incidentes. Foi evidente o desejo de colaboração por parte dos enfermeiros.

Houve inicialmente um ligeiro embaraço, em alguns informantes, relativamente à presença do gravador, contudo passados os primeiros instantes, verificou-se que os mesmos se descontraíram e falavam da sua experiência e emoções com bastante espontaneidade.

A nossa postura tentou ir de encontro às regras da redução fenomenológica, em que o entrevistador se deve abstrair dos conhecimentos e ideias acerca do fenómeno em estudo. Assim, concentramo-nos exclusivamente na descrição efectuada pelos entrevistados e deixamo-nos "*mergulhar*" na situação descrita, com a atitude de ingenuidade disciplinada; descrita por MARTINEZ (1989).

As entrevistas foram feitas pelo mesmo investigador e decorreram entre quinze a trinta e um de Julho de 1998, entre as catorze e as dezassete horas, de acordo com a disponibilidade referida pelos elementos a entrevistar e de modo a não perturbar o normal funcionamento dos serviços.

Duraram em média quarenta minutos. Terminaram quando o enfermeiro revelava o seu terminus, através de frases do tipo*: E foi assim que aconteceu...*

Interrompida a gravação, após a entrevista, foi restabelecido o diálogo informal, e a interacção terminou com os agradecimentos ao entrevistado.

A saturação de campo ocorreu quando a informação que se obtinha se tornava repetitiva. E foi, de facto, este aspecto que determinou exactamente a extensão da amostra, tal como já tivemos oportunidade de referir.

Capitulo Terceiro

3 – RESULTADOS DA PESQUISA

Como já foi anteriormente referido, a análise dos dados foi feita seguindo um método que se baseia na interpretação de COLAIZZI, citado por MUNHALALL BOYD (1993:118), sobre o método fenomenológico .

Para esta autora, a entrevista é o método de colheita de dados escolhido.

Do seu método de análise dos dados, resulta:

> "*Um processo de análise de abstracção dos informantes, para formular significados essenciais na experiência de cada um. Estes significados são agrupados para constituir temas; os temas são agrupados em cachos; os cachos são agrupados em categorias*".

Apesar do método descrito fazer referência, a categorias, optamos por fazer apenas a análise dos cachos de temas, por entendermos que a reorganização dos mesmos em categorias seria sobreponível aos cachos de temas, tornando-se ,por isso, a análise repetitiva, relativamente aos conteúdos a abordar.

Resultou, deste modo, o esquema de análise que se segue:

1) Todos os depoimentos foram lidos em ordem a obter deles as percepções e sensações envolvidas nas experiências vividas pelos enfermeiros acerca dos maus tratos infantis;
2) De cada uma das transcrições foram extraídas declarações ou frases directamente relacionadas com o conhecimento do fenómeno em estudo;
3) A partir das declarações, afirmações ou frases directamente relacionadas com o fenómeno em estudo, foram formulados significados essenciais;
4) Estas significações foram organizadas em cachos de temas;

5) O resultado da análise dos dados, foram depois integrados, numa exaustiva descrição do fenómeno dos maus tratos infantis;
6) Para obter validação final, enviaram-se aos informantes as transcrições das entrevistas, bem como as frases significativas e suas significações dali retiradas.

O trabalho foi executado pela ordem indicada, havendo ainda necessidade de adoptar. dentro de alguns pontos, metodologias especificas para que, de uma forma ordenada, fossem conseguidos os objectivos pretendidos.

No ponto dois, do método adoptado, houve necessidade de proceder da seguinte forma:

a) Nas transcrições das entrevistas, foram sublinhadas as frases significativas;
b) As frases significativas foram agregadas em significações nas palavras do pesquisador.

No ponto três, seguindo LOBIONDO-WOOD e HABER (1994:264), procedemos à identificação de segmentos do pensamento nas transcrições;

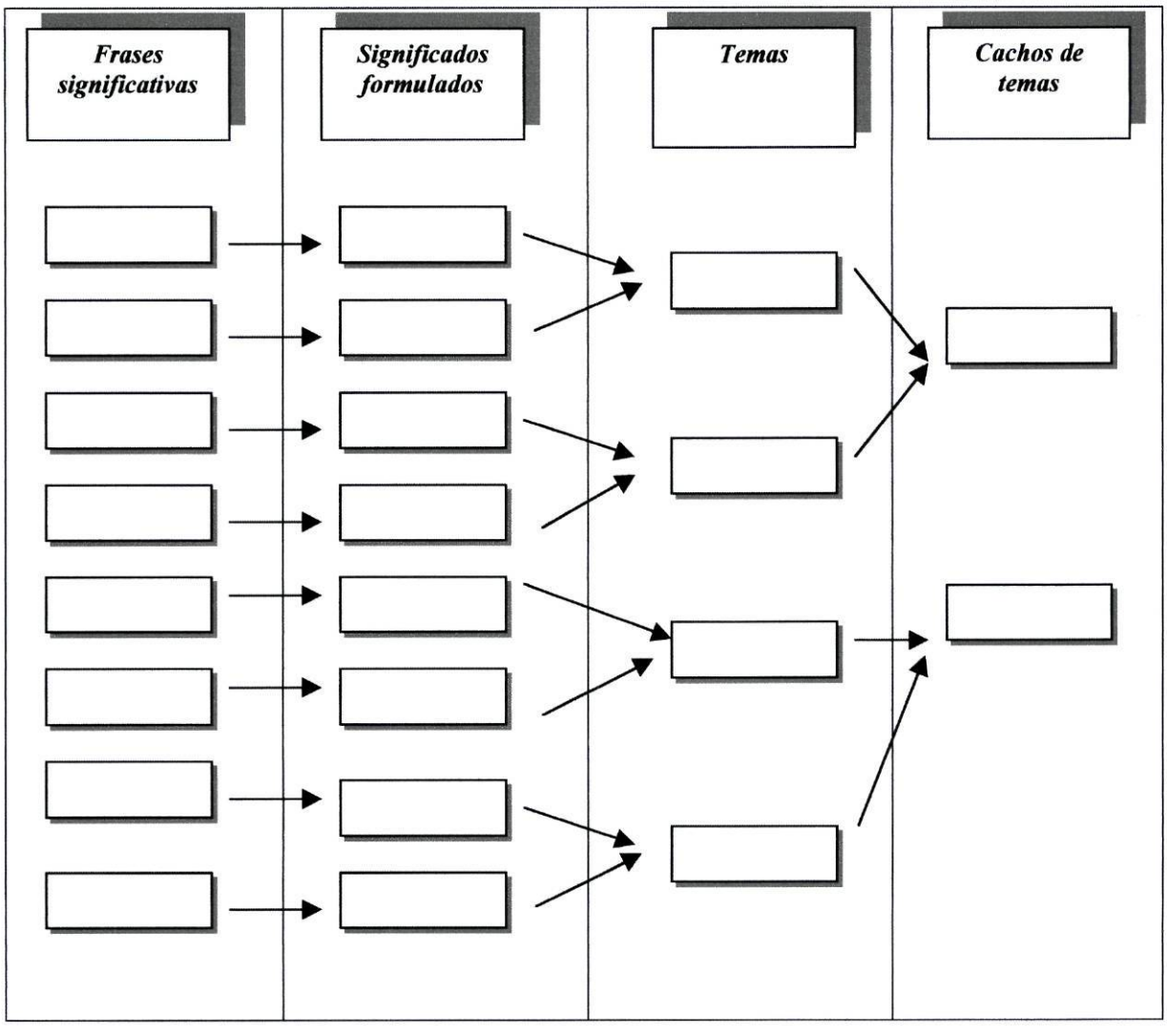
c) Depois de elaboradas as significações nas palavras do pesquisador, a partir de cada uma das frases significativas do informante, foi elaborada uma síntese preliminar, para que não houvesse repetições e fazendo a fusão das ideias mais próximas e que pudessem ser incluídas num mesmo tema;
d) Foi adoptada uma numeração que pudesse indicar a ordem das significações retiradas de cada uma das entrevistas;
e) A síntese destas significações foi depois feita sendo referenciada por alíneas, para não estabelecer dúvidas com a ordenação anterior;
f) Depois de todo o anterior trabalho ser feito, em todas as transcrições, foi organizada uma lista de todos os significados, numerando da primeira à última em numeração árabe seguida;
g) Esta numeração aparecerá depois à frente de cada um dos temas agregados garantindo a sua validade.

No ponto quatro, procedeu-se ao agrupamento dos significados formulados – temas-

captados a partir das frases significativas que apresentavam características comuns, sendo assim considerados como pertencentes a um mesmo cacho de temas.

Na análise dos temas, tivemos a preocupação de reflectir as intenções da pesquisa, de modo a dar resposta a pergunta da investigação inicialmente formulada.

Quadro 1 – Esquema de raciocínio indutivo, utilizado na análise dos dados



3.1. - VALIDAÇÃO DOS DADOS

Foram ao longo do trabalho, feitos todos os esforços para limar os possíveis desvios.

Nesta fase seguimos JASPER (1994:312) no que respeita à validade dos dados em fenomenologia.

A validade pretende saber se de facto a pesquisa elaborada testa aquilo para que foi concebida.

Nestes estudos qualitativos podem ser empregues métodos de validação que têm a ver com os participantes e com os pesquisadores. De qualquer das formas, a validade nestes estudos, refere-se à característica única de cada uma das experiências vividas do fenómeno enquanto permitem um entendimento do próprio fenómeno.

Permite-se, deste modo, um ponto de partida para a abordagem do fenómeno em estudo, não se devendo estabelecer que todos os participantes vivam o fenómeno da mesma maneira.

Ainda segundo LOBIONDO-WOOD (1994:489), a validade aparece com a denominação de "*Credibilidade*".

Neste contexto, a quando das entrevistas, foi explicado o modo de análise dos dados e explicados todos os passos nele envolvidos de modo a esclarecer todos os procedimentos e pedir colaboração dos entrevistados (o que foi conseguido na totalidade).

Assim, para assegurar a credibilidade dos dados, (empregaremos este termo como sinónimo de validade, dado que o modo de proceder é igual), todas as transcrições das entrevistas, foram enviadas aos informantes. Foi então entregue a cada informante a transcrição e um pequeno bilhete, onde se reforçava um esclarecimento acerca do que havia sido feito e do que se pretendia. Ao mesmo tempo, marcava-se nova data em que seria colhido o parecer dos informantes.

Assim, das doze entrevistas efectuadas, todas foram validadas, sem necessidade de fazer correcções. Neste processo foram ratificadas duas, em alguns dos seus significados .

Um acordo subjectivo foi também conseguido entre o autor e o orientador, nas diferentes fases de análise dos dados.

A análise, obteve aprovação quanto ao método que se seleccionou, bem como quanto aos cachos de temas formulados.

Como também já foi descrito, foi utilizada uma numeração dos significados e das frases significativas que permitia uma rápida identificação da entrevista a que diziam respeito.

Esta numeração, foi mantida aquando da elaboração dos cachos de temas, a fim de se poder continuar a remeter para a transcrição inicial da entrevista.

3.2 - TEMAS RESULTANTES DA ANÁLISE DOS DADOS

Neste momento iremos proceder à exposição dos constituintes do fenómeno em estudo, através da análise circunstanciada das entrevistas que fizemos.

Para que todos os passos do raciocínio indutivo estejam explícitos, convém expor o seguinte:

a) Quando se leram as entrevistas, foram sublinhados as frases significativas – aparecem em itálico no *verbatim* das entrevistas(anexo B);
b) Cada uma das declarações significativas foi enumerada, tendo-se seguido uma ordem desde a primeira à última entrevista – Foram totalizadas quinhentas e dez declarações significativas;
c) Estas declarações significativas irão agora surgir incorporadas na discussão de cada um dos temas. O recurso às frases originais serve de suporte às considerações que fazemos, estando no texto sob a forma de exemplos, com uma numeração especifica para cada tema;
d) Número (ou números), entre parêntesis que estão sobre aquelas transcrições, é aquele que lhes foi atribuído, de acordo com b);
e) A cada uma ou um grupo de declarações, foi atribuído um significado;
f) Para que seja comprovada a ligação do significado elaborado nas palavras

do pesquisador à declaração ou (declarações) significativa original, é colocado em frente a cada um dos significados o número (ou números), entre parêntesis, das declarações a que respeitam (anexo C)

g) Estes significados foram depois agrupados em temas, tal como aparecem nas tabelas que foram elaboradas; (anexo D)
h) A junção de dois ou mais temas resultam do que está convencionado chamar-se cachos de temas.

A discussão dos resultados, será feita de acordo com as temáticas que estão organizadas, tendo em vista a resposta à pergunta de investigação que foi elaborada no início do trabalho.

De seguida, podemos encontrar um quadro que traduz o agrupamento dos temas de acordo com a pergunta de investigação elaborada.

Poderemos, então, compreender que o caminho percorrido até aos cachos de temas é uma compreensão daquela que é a percepção dos maus tratos infantis pelos enfermeiros.

O estudo das suas declarações, a atribuição de significados e a formação de temas é uma compreensão indutiva do vivido acerca dos maus tratos infantis que permitirá avançar, numa fase seguinte, sem contudo pretender qualquer generalização a outra população que não esta do estudo.

O quadro que se segue, permite-nos verificar o agrupamento dos temas, de acordo com a pergunta de investigação.

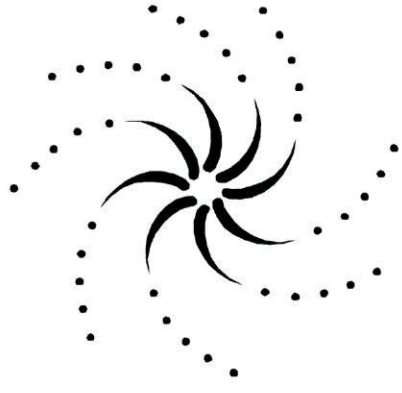
Utilizamos esta metodologia para melhor facilidade perceptiva acerca dos agrupamentos necessários para a evolução do estudo.

Podemos deste modo verificar que a resposta à referida pergunta de investigação comporta seis cachos de temas.

Quadro 2 – Agrupamento dos temas por cachos, de acordo com a pergunta de investigação: Qual a percepção dos enfermeiros acerca dos maus tratos infantis

TEMAS	CACHOS
1. Existe sempre um caso que marca mais e influencia experiências futuras 2. Existe vontade de fazer justiça pelas próprias mãos 3. O processo de ajuda à criança envolve o cuidar 4. Sentimentos experienciados quando se lida com o caso	A relação de ajuda em relação à criança vitima de maus tratos
1. Caracterização do quadro de *Maus Tratos* 2. Os *Maus Tratos Infantis*, como um problema de saúde pública.	Os *Maus Tratos Infantis* como um problema de saúde pública
1. Dificuldade em denunciar os casos de Maus Tratos 2. Morosidade do processo	Dificuldade na denuncia e na resolução
1. Papel do Enfermeiro na comunidade 2. Actuação da Enfermeira junto da criança	Papel do enfermeiro junto da comunidade
1.Importância da acção multidisciplinar	Importância da acção multidisciplinar
1. Avaliação da acção desenvolvida pelo enfermeiro	Avaliação da acção

PARTE SEGUNDA



EXPOSIÇÃO ACERCA DA PERCEPÇÃO DOS MAUS TRATOS INFANTIS PELOS ENFERMEIROS

Capitulo Primeiro
1 – REFLEXÃO ACERCA DOS TEMAS ENCONTRADOS

Pretendemos neste capítulo analisar, de um modo indutivo, os resultados do estudo que nos propusemos efectuar.

As reflexões e dados aqui obtidos irão revelar-nos qual a percepção dos enfermeiros sobre os maus tratos infantis, num dado contexto, que resultam em suma daquela que foi a sua vivência nesse mesmo contexto.

Para facilitar a sua análise iremos debruçar-nos especificamente em cada um dos cachos de temas, fazendo depois uma abordagem a cada um deles, tendo o cuidado de completar com exemplos das entrevistas, nas próprias palavras dos enfermeiros entrevistados.

1.1 – A RELAÇÃO DE AJUDA EM RELAÇÃO À CRIANÇA VITIMA DE MAUS TRATOS

No seio das habilidades inerentes às competências do exercício de enfermagem, a relação de ajuda vem evidenciando grande tendência para ocupar lugar de destaque.

A ideia comum, transmitida pelos enfermeiros que foram entrevistados, é a de que a abordagem à criança vítima de maus tratos, envolve uma relação de ajuda.

A filosofia actual da enfermagem, enquanto profissão, assume a sua acção numa visão humanista de cuidados, onde a relação de ajuda se sobrepõe.

A relação de ajuda é tida como um tipo de relação muito particular, definida há cerca de quatro décadas por Karl ROGERS, em relação à filosofia dos cuidados a pessoas que nessa altura viviam dificuldades psicológicas.

Esta relação baseava-se num pensamento humanista, feita de confiança no homem, de respeito, liberdade e de utilização das riquezas próprias das pessoas.

Situada ao lado da psicologia, a relação de ajuda rapidamente é transportada para os diferentes domínios da educação, das ciências humanas e dos cuidados aos doentes.

Aplicada à enfermagem, conserva, então, o seu caracter de respeito e de confiança no homem, mas assenta numa filosofia holística, que tem em conta todas as dimensões da pessoa.

Segundo PHANEUF (1995:4*): "No sector dos cuidados de enfermagem, a relação de ajuda revelou-se particularmente fértil e esta relação conheceu adaptações que fizeram dela um meio poderoso de intervenção*".

Algumas destas adaptações foram efectuadas e desenvolvidas por LAZURE (1994), que a caracteriza e define como um critério da competência da enfermagem, assim como CHALIFOUR (s.d.), que numa visão holística a vê como intrínseca à prática dos cuidados de Enfermagem.

Concretamente, a Relação de Ajuda, consiste numa relação particularmente significativa que se instaura entre ajudado, isto é uma pessoa que passa pela experiência de um problema, de um sofrimento, e um ajudante (neste caso um enfermeiro), que em dado momento o ajuda a encará-lo e a encontrar em si próprio os recursos necessários para lhe fazer face.

Consiste pois, numa "*Troca*", que permite criar um clima de que a pessoa tem necessidade para reencontrar a sua coragem, tornar-se autónomo e evoluir para o seu bem estar (físico ou psicológico).

Ainda de acordo com PHANEUF (ibidem), a palavra "*ajuda*", não significa oferecer ás pessoas soluções prontas, mas significa orientá-las e facilitar-lhe a descoberta dos seus recursos e assisti-la na sua evolução, ou no seu progresso.
O percurso efectuado nesta relação passa por diferentes fases e assume como principal objectivo ajudar (utilizando várias estratégias) a pessoa de quem se cuida.

Foi em termos desta visão humanista, que os enfermeiros descreveram as suas experiências.

Esta abordagem revelou-se na existência de um caso que marca sempre mais, num contexto de muitos e influencia de algum modo no comportamento futuro, face a outras situações ou sempre que haja a possibilidade de existirem outros casos.

Este sentimento cria ainda, e de um modo geral, a vontade de fazer justiça pelas próprias mãos, ao mesmo tempo que envolve a necessidade de cuidar da criança.

Pode dizer-se, que neste contexto se traduz a vivência de cada pessoa, bem como traduz de uma maneira geral, toda a filosofia subjacente à própria profissão.

Quadro 3 – A relação de ajuda à criança vítima de maus tratos.

1 – Existe sempre um caso que marca mais e influencia experiências futuras

a) *Houve várias, mas houve sempre um que teve influencia no modo como reflecti sobre estas situações (97);*
b) *De todos os casos com que já me deparei, ao longo do meu percurso profissional, aquele que mais me marcou foi o primeiro (226);*
c) *A minha conduta, a partir do momento em que detectei esse caso, foi completamente diferente (266);*
d) *Num contexto de maus tratos, houve um que me deixou muito sensibilizada (439);*
e) *Contudo, este caso, deixou em mim marcas profundas (454).*

2 – Existe vontade de fazer justiça pelas próprias mãos

a) *Nestas situações, o que me apetece fazer é retribuir-lhe, com a mesma moeda, fazer-lhe o mesmo (3);*
b) *Deu-me vontade de esbofetear aquela mulher, tão insensível, tão desumana (299);*
c) *Seria no mínimo um psicopata, mas senti também vontade de o estrangular (457).*

3 – O processo de ajuda à criança envolve o cuidar.

a) *Tento dar o máximo de carinho, em todos os actos que envolvem o cuidar daquela criança, mesmo que sejam apenas curativos(5);*
b) *Tentamos contudo, nesta amalgama de sentimentos, cuidar dele o melhor que podemos, tentando demonstrar-lhe com ternura que ele é importante para nós e representa algo na nossa vida (32);*
c) *Face a isto, tentamos cuidar desta criança(139);*
d) *Dei-lhe também a minha disponibilidade, o meu carinho, a minha empatia (460).*

4 – Sentimentos experienciados quando se lida com o caso

a) *Perdura em todos nós, a incerteza, a revolta, a tristeza e a impotência de nada se poder fazer em concreto (31);*
b) *Não dá para descrever em palavras a tristeza e revolta que sinto, ao lembra-mer disto (360);*
c) *Sabe, ao longo do tempo, senti muita dor e muita revolta (428).*

1.1.1 – Existe sempre um caso que marca mais e influência experiências futuras

Do vivido pelos enfermeiros e que eles descrevem nos seus depoimentos, existe a tomada de consciência de que entre muitos existe um, que por vezes nem é o que tem contornos mais dantescos, mas que deixa marcas e pode até ter influências futuras.

> **Exemplo 1** - *Houve vários, mas houve sempre um que teve influência no modo como reflecti sobre estas situações (97);*
>
> **Exemplo 2** - *De todos os casos com que já me deparei, ao longo do meu percurso profissional, aquele que mais me marcou foi o primeiro (226);*
>
> **Exemplo 3** - *A minha conduta, a partir do momento em que detectei esse caso, foi completamente diferente (266);*
>
> **Exemplo 4** - *Num contexto de maus tratos, houve um que me deixou muito sensibilizada (439);*
>
> **Exemplo 5** - *Contudo, este caso, deixou em mim marcas profundas (454).*

O espectro daquilo que é denominado como abuso de menores é extremamente diversificado, como já tivemos oportunidade de verificar na consulta bibliográfica efectuada.

O conceito em si, engloba a inclusão de simples escoriações, ferimentos mais graves, abusos emocionais, sexuais, etc.

As crianças abaixo dos dois anos, pela sua imaturidade e incapacidade de defesa, estarão mais fragilizadas e susceptíveis de sofrerem abusos, perpetrados pelos seus progenitores ou outros.

Estarão aqui incluídos os abusos sexuais, nos quais crianças dependentes e imaturas, se encontram envolvidas em actividades que não compreendem e não podem de forma alguma dar o seu consentimento e, cujas ocorrências são cada vez mais reconhecidas. As raparigas são as mais envolvidas e os pais são os mais frequentes agressores.

Estes casos, são pelas descrições obtidas, reconhecidos quando as crianças desenvolvem doenças psicossomáticas, fogem de casa ou evidenciam comportamentos diferentes na escola, como iremos ter oportunidade de referir posteriormente.

São estes os contextos que determinam o comportamento dos técnicos que trabalham com estas situações, ou que com eles lidam de forma não continuada.

Nestes aspectos, extremamente complexos, parece-nos possuir papel importante a problemática da percepção social, na medida em que as interacções são mediadas, não apenas pelo substrato cultural das pessoas, como também pelos contactos sucessivos que vão tendo com casos semelhantes.

Este contacto repetido, pode inclusivamente levar à construção de estereótipos, determinando estes a capacidade interventiva das pessoas em situações futuras.
É dentro deste âmbito que iremos fazer a análise deste tema.

Em situações laboratoriais, as pessoas olham para imagens paradas ou em movimento, ouvem gravações, observam directamente ou interactuam com outras pessoas.

Nestas condições, as pessoas são interrogadas acerca das suas percepções sociais, das quais dão descrições, ou instadas a responder a escalas, são avaliadas as formas de interacção.

Embora tais estudos possam dar resultados não reproduzíveis na vida real, dele podem ser tiradas ilações informativas acerca das percepções de personalidade, papeis sociais, atitudes interpessoais ou respostas durante as interacções sociais, que nos interessam especificamente neste contexto.

As investigações têm aliás sido especialmente direccionadas para os aspectos em que as percepções sociais são particularmente afectadas pelos estereótipos culturais, pelas interferências de aspectos chave, verbais ou não verbais, pelos padrões de percepção durante as interacções sociais e pela estrutura de personalidade do indivíduo que percepciona.

As interacções sociais são tidas como consistindo em sequências estreitamente relacionadas com pistas verbais e não verbais e alterações de voz.

De entre os modelos conceptuais desenvolvidas para explicar a interacção social, o modelo de estímulo resposta (no qual o acto social é visto como resposta ao acto precedente do outro), tem sido tomado como genericamente útil, mas incompleto.

Os modelos linguísticos, que têm verificado os comportamentos sociais como sendo governados por princípios idênticos aos do jogo, ou especificamente como a gramática de uma dada língua, têm conseguido adeptos.

Outros, vêem o comportamento social como uma habilidade motora que é dirigida a determinado objectivo e modificada pelo feed-back, enquanto que outros modelos se têm baseado na teoria dos jogos, que enfatizam a perseguição ou troca de recompensas.

De todos estes aspectos teóricos, gostaríamos de relevar um, o de LAING (1978:209), psiquiatra britânico que adopta uma abordagem fenomenológica do estudo dos seres humanos.

O dado básico para a análise, é a experiência das pessoas ou a realidade tal como é vivenciada por um dado indivíduo.

Aquele autor estabelece uma distinção fundamental entre experiência (vivência) e comportamento.

O comportamento são as acções observáveis de outrem, o comportamento é público. Mas, a experiência é intensamente particular. É o sentimento que acompanha o comportamento ou a percepção do comportamento de outrem.
Consiste primordialmente em imaginação, percepção e memória.

Podemos imaginar o futuro; podemos perceber o presente, podemos recordar o passado.

Ora, o comportamento, pode ser observado, mas as experiências de outrem não.
Inferir a experiência do comportamento é a essência da comunicação, mas é uma tarefa muito difícil.

O modo como nos comportamos em relação a uma pessoa é função de duas experiências afins: a experiência da outra pessoa e a experiência da relação. Do mesmo modo, a nossa experiência, será afectada pelo comportamento. A comunicação inter pessoal é frequentemente marcada pela espiral comportamento- experiência.

O que ficou expresso até aqui, foi que o comportamento está relacionado com a experiência que a pessoa tem de outrem e com a experiência que a pessoa tem da relação. É aqui que a mensagem de LAING (ibidem) é particularmente importante ao expressar a sua noção de percepção interpessoal.

Uma pessoa que inter–actua com outra, possui dois níveis de experiências ou perspectivas: a pessoa vivência a outra, numa perspectiva directa e também vivência a vivência da outra.

Nesta perspectiva, a que LAING chamou metaperspectiva, o comunicador imagina ou infere, o que a outra pessoa está a sentir.
Para o caso, eu percebo certos comportamentos do outro (perspectiva directa), ao mesmo tempo que imagino ou infiro as suas percepções (metaperspectiva).

Portanto, uma relação é definida pelas perspectivas directas e metaperspectivas dos comunicadores.
Teoricamente, a metapercepção pode desenvolver-se indefinidamente através de níveis superiores.

Além disso, como a experiência afecta o comportamento, uma pessoa comporta-se frequentemente de acordo com as suas metaperspectivas. A meta-identidade de uma pessoa, é o modo como uma pessoa imagina que os outros a vêem.

Na sequência destas explicações, LAING afirma ainda outros aspectos sobre a acção, que se revelam muito importantes. É o caso da acção interpessoal. A primeira forma de acção é a complementaridade. Esse é o aspecto de uma relação que permite à pessoa preencher a sua identidade. A identidade de uma pessoa não pode estar completa, sem relações complementares com outras. Não se pode ser opressor, sem a complementaridade do oprimido: a submissão.

Uma segunda forma de relacionamento envolve a confirmação, ou a afirmação da identidade pessoal. Numa interacção, os comunicadores comportar-se-ão de um modo e enviarão mensagens que confirmam a auto-percepção do outro. Um simples sorriso pode conseguir isso, tal como todo um conjunto destes reforços verbais e não-verbais.

Outra forma de relação é o conluio. O conluio é o auto-engano mútuo, o qual envolve necessariamente mais de uma pessoa. LAING descreveu-o como um jogo não declarado em que duas ou mais pessoas se iludem a si mesmas.

Outro modo de definir conluio é a falsa confirmação. Neste processo, duas pessoas relacionadas entre si, podem confirmar-se uma à outra ou complementarem-se genuinamente. Contudo é difícil uma pessoa revelar-se á outra quando não existe confiança em si mesma ou não confia na outra.

Outra maneira de relacionamento envolve posições falsas e insustentáveis. Esta condição ocorre quando uma pessoa se comporta de forma incongruente com as suas necessidades e sentimentos. Acontece quando uma pessoa se sente, como se não fosse ela própria, como se estivesse fora de si. Ela pode colocar-se numa posição insustentável, mas também pode aí ser colocada por outra pessoa numa relação.

Finalmente, a classe de acções interpessoais examinada por LAING é a das atribuições e das injunções. Atribuições são enunciados que dizem a uma pessoa como ser, as injunções dizem à pessoa como se comportar.

Atribuições e injunções são perniciosas quando contradizem as auto atribuições e auto-

injunções do próprio indivíduo. Essa classe de comportamentos está muito relacionada com a confirmação e desconfirmação e também com as falsas posições.

Após termos percebido uma das formas de compreensão do contexto de comunicação, teremos de entender também, um dos factores envolvidos, que é o julgamento social.

Este aspecto teórico que interfere na interacção dos técnicos de saúde, porque seres sociais, com os outros, foi especialmente abordado por MUZAFER SHERIF embora muitos outros e destacados investigadores tenham contribuído para o seu desenvolvimento.

Esta teoria encontra as suas raízes nas pesquisas psicofísicas, nas quais as pessoas eram testadas de acordo com a sua capacidade para julgar estímulos físicos.
Estes autores descobriram que os julgamentos individuais de coisas e pessoas são altamente situacionais e dependem muito da orientação inicial da pessoa em relação ao mundo. Assim, fenómenos semelhantes agiriam no julgamento de mensagens de comunicação.

Na percepção social, os pontos de referência são internos: baseiam-se na experiência passada. O ponto de referência interna está sempre presente e influencia o modo como uma pessoa responde em comunicações com outras. Quanto mais importante a questão é para o ego da pessoa, maior será a influência exercida pelo ponto de referência sobre o que ela compreende.

Os conceitos centrais da teoria do julgamento social incluem a latitude de aceitação, a rejeição e o não envolvimento. Numa situação de laboratório, sendo dado ao indivíduo um dado número de declarações sobre determinada questão, pede-se-lhe que ordene essas mensagens em grupos, de acordo com a semelhança de posição. Estes grupos ficarão numa escala positivo-negativo, indicando assim quais os aceitáveis, os inaceitáveis e os neutros. A primeira indicação mede a latitude de aceitação, a Segunda a latitude de rejeição e a terceira a latitude de não envolvimento.

Podemos verificar que a pessoa terá tendência a fazer o mesmo na vida real. Embora uma pessoa tenha uma atitude particular sobre a questão, haverá uma série de declarações, pró ou contra, que a pessoa pode tolerar, haverá, do mesmo modo, uma gama de declarações que não poderá aceitar.

Outro importante conceito é o de envolvimento do ego. Pensava-se que uma atitude é medida primordialmente em termos de valência (direcção pró ou contra) e o grau de concordância ou discordância. Mas SHERIF demonstrou que o envolvimento do ego é particularmente significativo. O envolvimento do ego é o grau com que a atitude de uma pessoa em relação a alguma coisa afecta o seu conceito de eu.

É uma medida da importância que a questão tem para o indivíduo. Poderemos ter uma atitude condenatória do abuso de menores, no entanto, se anteriormente já construímos para com esse facto social uma outra atitude, então, esta influirá determinantemente aquilo que faremos quando encontrarmos uma destas situações.

A qualidade de envolvimento do ego apresenta grandes diferenças no modo como respondemos a mensagens relativas á questão em causa. Existe uma correlação perfeita. De facto, pode até ser possível uma pessoa tomar uma atitude de neutralidade sobre uma questão e, no entanto, ter o seu ego altamente envolvido.

Verificamos que, quando os enfermeiros falam de uma experiência que determina os seus contactos posteriores com situações semelhantes, está antes do mais a reconhecer que, como ser social, em dada situação, estabelece uma relação fundada sobre dois pressupostos básicos: a relação inter pessoal e o julgamento social.

Neste sentido, o enfermeiro terá sempre de se assumir na relação como o técnico de saúde que assume uma responsabilidade face ao indivíduo. Antes mesmo de ser um técnico, é uma pessoa de relação e como tal, para esta situação assume as condicionantes explicadas até aqui.

Além disso, assume ainda uma responsabilidade que pode ser entendida e encarada em duas perspectivas diferentes, embora conexas entre si.

Por um lado, pode ser uma situação em que fique colocado pelo facto de lhe ter sido confiada uma dada missão, ou mesmo a prática de um simples acto: cuidar a pessoa, neste caso a criança mal tratada. Neste caso a responsabilidade assumida é um verdadeiro compromisso moral, dado que esta assunção surge em contexto de, não evitar qualquer mal apenas, mas também em função do modo como o próprio entende as suas relações com os outros, com o mundo e consigo próprio.

Por outro lado, esta assunção da responsabilidade pelo outro, tem a ver com a atitude assumida pelos indivíduos chamados a prestar contas perante outrem ou mesmo perante a sua própria consciência, pelos comportamentos que livremente adoptaram.

Neste sentido se fala de enfermeiros responsáveis, sendo certo que como pessoas se constituem como sujeitos morais ou de direito, precisamente no aspecto em que tendo a capacidade para livremente conformarem os seus comportamentos com determinado padrão, respondem pelos seus actos e por todas as suas consequências.

As responsabilidades do enfermeiro assumem, deste modo, uma dimensão que ultrapassa o mero contexto de tratar, ou dito de outra forma, o de cientifica ou tecnologicamente abordar a questão dos maus tratos a menores. Esta situação concreta apela para uma dimensão além da capacidade de tratar: para uma dimensão do cuidar.

Os enfermeiros podem renovar a dimensão das suas relações com as pessoas que sofrem, sejam elas crianças ou adultos, através de uma abordagem compreensiva e humana, tendo três qualidades fundamentais por base: a aceitação, a empatia e a competência.

A aceitação, baseada numa dimensão biológica, terá a ver com receber através da observação, escuta activa e sentimentos. Empatia (compreensão e partilha dos sentimentos do outro), aceitação e competência biotecnológica e psicossocial, bem como competência humanistica, são parte integrante deste cuidar.

Ao longo dos anos, temos sido treinados como enfermeiros "*cientoides*", tecnicamente competentes nos aspectos formais, mas avessos a olhar como importante a componente do auto-conhecimento e habilidades para nos relacionarmos com as pessoas doentes de forma empática. Os enfermeiros têm sido treinados verificando-se e aos seus doentes, como ecossistemas, dentro de um ecossistema mais lato.

A relação com as vítimas de maus tratos, apelam para uma dimensão humanista e diferente de fazer enfermagem. Mais do que a capacidade de tratar, esta situação apela para uma relação em que ambos os envolvidos se revelam na procura de um caminho de saída da situação e envolvimento de outros na sociedade que possam ajudar.

1.1.2 – Existe vontade de fazer justiça pelas próprias mãos

Este foi outro dos temas manifestados pelos enfermeiros quando recordavam a situação e no-la referiam.

> **Exemplo 1** – *Nestas situações, o que me apetece fazer, é retribuir-lhe com a mesma moeda, fazer-lhe o mesmo.(97)*
>
> **Exemplo 2** – *Deu-me vontade de esbofetear aquela mulher, tão insensível, tão desumana.(299)*
>
> **Exemplo 3** – *Seria no mínimo um psicopata, mas senti vontade de o estrangular.(457)*

As questões levantadas por esta categoria, terão a ver com os aspectos que se prendem com o que poderíamos chamar a "*Filosofia da Lei*"[3].

A teoria da justiça está interessada na avaliação crítica das leis, em termos dos ideais ou finalidades por si postulados. É claro que esta situação envolve a identificação articulada dos valores que a ordem legal instituída pretende realizar.

Este aspecto de jurisprudência está inextrincavelmente relacionado com a ética e teorias de justiça, que seguidamente iremos expor.
Não se trata de ligar os aspectos quotidianos com outros de ordem filosófica, enquanto

[3] "Law, philosophy of" Encyclopaedia Britannica online.
http//search.eb.com/bol/topc?eu=115100&sctn=4&pm=1. Acedido em 24 de Outubro de 1999

substrato da lei. Trata-se sim, de envolver a questão aqui levantada com aspectos de direito natural e com outros de ordem ética, dado que, como já exploramos anteriormente, lidar com este tipo de problemas, levanta questões de responsabilidade ética e civil, que devem ser interpretadas.
Os sistemas de direito, derivam primordialmente da natureza das coisas, mas também das regras da sociedade, ou seja das leis positivas.

No entanto, ao longo do tempo, tem havido desacordo quanto ao significado e abrangência das leis naturais e da sua relação com as leis positivistas.

Aristóteles, dizia que aquilo que era natureza, não era o mesmo que aquilo que é por lei e que haveria uma justiça natural válida em toda a parte, com a mesma expressão de força, não existindo pelo facto das pessoas pensarem isto ou aquilo, e que poderiam servir de apoio às leis positivas.

Enquanto ele via esta ordem natural das coisas, num contexto grego, com as suas subordinações da mulher ao homem, do escravo ao senhor e dos bárbaros aos helenos, os estóicos verificavam estes aspectos de uma forma inteiramente igualitária.
Esta ordem estaria de acordo com o senso comum, ou *logos,* inerente à mente humana, o que levaria os juristas romanos a reflectirem este tipo de leis como que "*escritos no coração*" das pessoas.

Tem sido esta discussão e a dos anos que se seguiram que tem baseado as tendências quer naturalistas quer positivas do direito. E são estas as mesmas que interferem nos julgamentos dos técnicos em situações concretas. No entanto, uma coisa é aquilo que a lei permite, outro será a envolvente ética e moral deste problema. Naturalmente que as circunstâncias não farão tender entre o que será entendido como uma moralidade de aspirações e outra de deveres.

A primeira pode ser conotada com questões de ética, enquanto que a Segunda está ligada com questões de direito.

A ética diz respeito às pessoas o que devem fazer e as metas que devem ser alcançadas.

Os comportamentos contrários à ética conduzem a punições que terão a ver com a própria pessoa e com a comunidade a que pertence.

A lei, por seu lado, seja ela natural ou positivista, terá a ver com limites à acção colocados pela sociedade, face aos quais os indivíduos somente os ultrapassarão, correndo riscos de sanções, também elas reguladas pela sociedade.

Isto explica o motivo pelo qual os códigos éticos nos falam em generalidades, enquanto que as leis tendem a ser muito mais específicas.

Um código de ética, como seja o "Juramento de Hipócrates", dizem respeito à impraticabilidade de actos negativos para o homem, à proibição do aborto, à administração de drogas letais e à manutenção de confidencialidade.

No entanto, as leis em determinadas circunstâncias, permitem o aborto, permitem a administração de drogas potencialmente letais em casos extremos e sancionam a inconfidencialidade quando os interessados da sociedade o requeiram.

Estes princípios atras enunciados, lidam com aspectos fundamentais de bem e de mal, princípios estes no dia a dia dos enfermeiros, que lidam com situações de maus tratos infantis.

Poderíamos dizer que estes aspectos apelam para questões éticas e de direito mas que estarão baseadas em questões de autodeterminação individual, beneficência (ou pelo menos não maleficência), do lado dos enfermeiros e num conceito de justiça, tido como um sentimento de equidade para todas as pessoas carentes de cuidados e para a sociedade em geral.

Fizemos já apelo às duas definições possíveis de responsabilidade que reafirmam a

questão da auto determinação individual: A responsabilidade do cumprimento de uma missão e da atitude assumida. Somos dos que acreditam que, a actual sociedade em mudança não é estranha a valores éticos e sentido de responsabilidade.

Não estamos com isto a aderir a uma moral da responsabilidade, por oposição a uma moral de convicção, pelo contrário, reconhecemos que ambas se completam, como reconhece WEBER in BRITO (1999: 29-30).

O facto dos enfermeiros se defrontarem com questões de justiça e de ética quando lidam com estes casos, é reveladora de que são profissionais para os quais o seu trabalho tem uma dimensão ética.

Esta dimensão é reveladora de um sentido de dever que ultrapassa a simples consecução de uma tarefa, mas o sentido de missão colocados no seu trabalho.

Ora, é exactamente este sentido de missão que remete para convicções éticas, que não estando escritas, isto é não fazendo parte de um código escrito, é assumido e interiorizado pelos profissionais.

O facto de se poder reconhecer esta interiorização de valores existentes de uma forma informal, é reveladora de profissionais envolvidos com pessoas a seu cargo, com os valores de uma profissão, em sentido lato, e com os valores inerentes a uma dada comunidade, seja ela profissional ou outro.

Esta identificação, confere um sentido de pertença e uma identificação com valores para além das pessoas comuns, por isso a um estrato profissional.

Será reconhecidamente como uma "*cola invisível*" que promove a adesão consciente das pessoas que se identificam com valores comuns e que, embora não escritos como já referimos, são possíveis de identificar.

Esta questão não deve ser encarada como redutora, ou seja, como uma pertença do

indivíduo; neste caso o enfermeiro, dentro de limites estreitos, ditados pela ética grupal, sendo preferível vislumbrá-la como condição, mesmo do próprio exercício da liberdade de agir.

A responsabilidade é inerente à própria noção de liberdade individual, porque esta só é possível na alteriedade, no reconhecimento do outro.

Se os enfermeiros se deixassem sujeitar pelos determinismos, deixariam de acreditar na liberdade do outro e não quereriam ajudar essa liberdade, nem tão pouco ser ajudado por ela: Não poderiam esperar dos outros qualquer ajuda, porque eles também estariam sujeitos a determinismos redutistas.

Neste caso, também o outro da relação não poderia esperar ser ajudado, através de um gesto responsável, por parte do enfermeiro.

Subjugado a um qualquer determinismo, não faria apelo à sua liberdade, por isso mesmo, não afirmando a sua responsabilidade, não poderia ajudar o outro.

1.1.3 – O processo de ajuda à criança envolve o *cuidar*

Dando continuidade á apreciação dos depoimentos proferidos pelos enfermeiros, damo-nos conta de algo que realça desta análise e que determina, sem dúvida, a qualidade do envolvimento do enfermeiro para com a criança.

Num contexto de ajuda, destaca-se o conceito de cuidar, proferido pelas próprias palavras dos enfermeiros.

> ***Exemplo 1*** *– Tento dar o máximo de carinho, em todos os actos que envolvem o cuidar daquela criança, mesmo que sejam apenas curativos.(5)*
>
> ***Exemplo 2*** *– Tentamos contudo, nesta amalgama de sentimentos, cuidar dele, o melhor que podemos, tentando demonstrar-lhe com ternura que ele é importante para nós e representa algo na nossa vida.(32)*

Exemplo 3 *– Face a isto, tentamos cuidar desta criança.(193)*

Exemplo 4 *– Dei-lhe a minha disponibilidade, o meu carinho, a minha empatia...(460)*

De facto neste envolvimento, *o cuidado* surge como essencial na relação do enfermeiro com a criança e assume primordial importância para o desenvolvimento da relação.
Para o enfermeiro não basta tratar... A relação com a criança exige algo mais profundo e mais envolvente.

Exige *cuidado...*
O termo *"cuidado"*, deriva de cuidar, em latim "cogitare".
De acordo com PIRES, in LOGOS (1991:1251), "*Cuidado, exprime uma atitude originária do Homem perante o mundo, perante os outros , perante si mesmo e perante a existência em geral*".

Ainda na perspectiva do mesmo autor, *as coisas* são objectos dos seus cuidados, (com :atenção, diligência, tarefa, trabalho,...) e também *os Homens*, (com solicitude, zelo, dedicação e interesse...).

Quando o homem vive em cuidado, exprime toda a gama de possibilidades humanas e engloba a dimensão intelectual (cogitare) e afectiva (preocupação...), porque tudo lhe dá cuidado

HEIDEGGER (1980:42), utiliza o termo SORGE, que significa "*cuidado*", preocupação e diz que o "*Ser no Mundo*" é cuidadoso (besorgt) e que é o cuidado que dá significado á existência humana.

Diz ainda que esse cuidado é sempre preocupação com os outros, "*Solicitude*".
Cuidar, será então um verdadeiro encontro com o "*outro*", é conseguir libertar-me das minhas preocupações e estar inteiramente com o outro "*Ser – no –Mundo*".

Ainda HEIDEGGER (1980:42), fundamenta o facto de o ser humano ser *Cuidadoso, e*

Cuidar com uma Fábula:

> "*Uma vez, chegou o Cuidado (Sorge) a um rio e viu terrenos de argila.*
> *Cavando, tirou um bocado e começou a molda-lo.*
> *Ainda mal se tinha apercebido do que tinha feito, quando chegou Júpiter.*
> *O Cuidado, (Sorge), pede-lhe que dê alma aquele bocado de argila modelado.*
> *Júpiter, faz-lhe a vontade. Mas, quando "Cuidado" mostra vontade de pôr o seu próprio nome, na sua obra, Júpiter proíbe-o, dizendo que devia dar-lhe o seu.*
> *Enquanto ambos discutiam, sobre o nome, levanta-se a Terra(Tellus), e pede que ponham à obra o seu nome, visto que era ela quem tinha dado para a mesma um pedaço do seu corpo.*
> *Recorreram então a Saturno.*
> *E Saturno, deu-lhes a seguinte sentença, evidentemente justa: Tu Júpiter, por teres dado a alma, recebê-la-ás na sua morte. Tu Terra, porque deste o corpo, receberás o corpo. Mas por Ter sido "Cuidado" quem primeiro deu forma a este ser, possuí-lo-á, enquanto ele viver.*
> *E quanto ao litígio sobre o nome, que se chame Homem, pois é feito de Húmus."*

Neste contexto e na perspectiva de HEIDEGGER, verifica-se, então, que o ente criado – *O Homem* - nasceu do cuidado, e foi por ele protegido e dominado por toda a existência.

O cuidado, foi abordado por muitos teóricos de enfermagem de onde se destacam: MAYEROFF (1971), LEININGER (1984) e WATSON (1988).

E, é ao reflectirmos na definição de Cuidado, que chegamos à própria essência do que é ser enfermeiro.

Quando abordamos a própria evolução histórica da profissão de enfermagem encontramos sempre subjacente, a necessidade de cuidar.

Ao procurarmos uma definição do que é ser enfermeiro, quais as esferas das nossas competências, uma simples frase diz sem grandes especulações a sua própria essência.

Neste âmbito, HORTA (1977) definiu muito simplesmente enfermagem, como sendo: "*Gente que Cuida de Gente*".

Actualmente, e a par da evolução da ciência e da tecnologia, com a consequente relatividade do saber, tem-se verificado uma revalorização do humanismo, no olhar o Homem numa visão holística, em que o todo se assume mais do que a simples soma das partes.

Neste sentido, onde teóricos têm discorrido páginas e livros inteiros acerca do cuidar, será então lugar comum e indiscutível que ele – Conceito de Cuidar – se assume como papel preponderante e pedra basilar do que é ser enfermeiro.

O Cuidar, tornou-se então a essência da profissão de Enfermagem.

Nesta sequência, WATSON (1985), refere que o Cuidar deve ser fundamentado pelos valores universais do Homem, tais como a benevolência, a amabilidade, a bondade, o respeito e amor por si próprio e pelos outros.

O Cuidar, revestir-se-á de sentimentos humanistas e altruístas e consiste na prática de actos que devem promover os melhores cuidados de enfermagem, contribuindo assim para a maturação social, pelo desenvolvimento da mesma.

LEININGER, citada por MARRINER (1989:129), acrescenta ainda que o cuidar envolve: "*Actos de assistência, suporte ou facilitação dirigidos a um indivíduo ou grupo, com necessidades evidentes ou antecipadas, para melhorar a sua condição humana ou forma de vida*".

Então e face ao exposto pelos enfermeiros nos seus depoimentos, não precisaremos de outro pretexto para justificar a necessidade de cuidar daquelas crianças.

Será à luz do respeito por estes pressupostos e pelo próprio significado do que é ser criança, e sobretudo criança em sofrimento, que entendemos este sentir dos enfermeiros.

É, de facto, a necessidade de fazer algo por aquelas crianças, de as ajudar a melhorar

a sua condição de vida, a ultrapassar as suas vivências negativas, que levam o enfermeiro a prestar cuidados, fazendo apelo á sua competência profissional na sua própria essência, que é em suma: CUIDAR...

1.1.4 – Sentimentos experienciados quando se lida com o caso

Das descrições obtidas acerca da vivência dos enfermeiros, uma das que teve maior realce, foi a descrição dos seus sentimentos a quando do seu envolvimento na situação e que eles descrevem pelo seguinte modo:

> ***Exemplo 1*** *- Perdura em todos nós, a incerteza, a revolta, a tristeza e a impotência de nada se poder fazer em concreto. (31)*
>
> ***Exemplo 2 -*** *Não dá para descrever em palavras a tristeza e revolta que sinto, ao lembrar-me disto .(360)*
>
> ***Exemplo 3 -*** *Sabe, ao longo do tempo, senti muita dor e muita revolta. (428)*

Em psicologia, o sentimento, é a percepção de acontecimentos no interior do corpo, estreitamente ligados às emoções.

O termo sentir (do latim *Sentire),* pretende significar, perceber, por qualquer dos sentidos, experimentar (uma impressão moral).

É aquilo que nos vem através dos órgãos dos sentidos, os que medeiam a percepção, a partir de um mundo exterior e mesmo do interior do nosso corpo.

Assim sendo, iremos relacionar este sentimento com a emoção, um número extremamente complexo de fenómenos que são a síntese de experiências subjectivas, comportamento expressivo e afectividade neuro - química.

Apesar de não existir ainda uma definição única de emoção, pelo menos, existe acordo quanto ao entendimento de que as emoções decorrem da gradação da percepção que as pessoas possuem do seu meio envolvente ou situação, reacções corporais e comportamentos de aproximação ou afastamento.

Quer os teóricos construtivistas, quer os biosociais, enfatizaram a inclusão das tendências de acção nas emoções.

A experiência, ou sentimento de uma dada emoção gera uma tendência para actuar de certa forma.

Por exemplo, numa situação de aborrecimento, a tendência é de "atacar", enquanto noutra de medo a tendência será a fuga.

Quer a pessoa ataque numa situação de zanga ou se esconda numa de medo, isto dependerá da regulação pessoal das emoções e das circunstâncias.

Estas notas introdutórias servem apenas para verificar que os enfermeiros, em face a situações de maus tratos infantis, agem de acordo com as suas emoções e sentimentos.

Ao equacionar esta questão, deveríamos retomar a distinção que Max WEBER, invocou entre ética de convicção e ética de responsabilidade.

A ética de convicção impele-nos a agir segundo os valores e os sentimentos, sem levar em conta as consequências previsíveis das nossas acções.

Este aspecto irá remeter para o imperativo categórico de KANT ou, aplicado a rigor, a um comportamento pacifista total ou de revolucionarismo puro.

O tal agir de acordo com os sentimentos experimentados ou das emoções tidas face a esta situação da criança maltratada.

Neste sentido, os enfermeiros iriam experimentar um impulso de acção que os levaria, por exemplo, a retirar a criança da sua situação traumatizante, sem cálculo dos riscos que isso provocaria.

Neste sentido, ao agir, estaríamos porventura numa posição contrária à natureza dos factos, pois que a situação de mau trato tem outras envolventes explicativas.

O que estaria aqui em causa, não seria resolver uma questão individual, pois que a envolvente também seria importante. Seria importante, sim, reconhecer a dimensão social das desigualdades, face aos problemas da saúde.

Revelamos aqui a dimensão do respeito ou a falta dele, na medida em que são ambos socialmente construídos. O respeito tem a ver com recursos pessoais a nível psíquico e material, enquanto que o desrespeito tem a ver com a ausência de ambos ou de qualquer deles. As pessoas respeitadas sentem-se e são, na realidade, apoiadas pelos outros, sentindo-se deste modo enaltecidas na sua confiança, efectividade e auto-respeito. Os outros que com eles interagem, sejam burocratas, políticos, empregadores, tratam-nos decentemente; o desrespeito é um fardo que muitos carregam, até pelas suas qualidades pessoais.

É o desrespeito que leva á exclusão social, á marginalização e ao isolamento de grupos particulares.

O conceito de exclusão social é dinâmico...

Muito mais claramente que o conceito de pobreza, quase que exclusivamente relacionado com os ganhos, o conceito de exclusão social evidencia a natureza multidimensional dos processos onde os indivíduos ou grupos são excluídos das trocas sociais, práticas e direitos, que se compreendem como a base da integração social e identidade. Agir exclusivamente em direcção à criança maltratada, isto é, de acordo com uma ética de convicção seria fazê-lo exclusivamente dirigido a uma parte do problema, com um purismo ineficaz e que tem perpetuado o sistema.

Por outro lado, como vínhamos a reflectir, a ética da responsabilidade, envolve a necessidade de alguém se colocar em determinada situação, calcular as consequências das decisões possíveis e tentar introduzir na trama dos acontecimentos

um acto que conduzirá a certos resultados ou determinará certas consequências que desejamos obter.

Pensada, numa dimensão de actividade de enfermagem perante o tipo de situação em estudo, a ética da responsabilidade envolve um exercício de previsão e caracteriza-se pela eficácia e com a escolha dos meios adaptados a atingi-la.

Esta última, deve ser concretamente diferenciada das doutrinas teleológicas ou finalistas, visto não se poder levar até ao fim esta lógica, isto é, não será lícito da parte do enfermeiro adoptar qualquer meio para atingir um determinado fim, embora moralmente aceitável, em nome da eficácia.

Nenhuma ética existente pode dizer-nos em que momento e em que medida um fim moralmente bom, justifica os meios e as consequências moralmente perigosas. Em rigor, qualquer das duas dimensões enunciadas anteriormente, irá conduzir-nos a interpretações deontológicas ou teleológicas.

Esta dicotomia Weberiana opõe duas atitudes éticas, fundadas em dois tipos distintos de comportamento racional (tomar em conta ou não as atitudes subsidiárias das nossas acções), enquanto que a dicotomia teleológica/deontologia aponta antes, um critério para julgar, em dois níveis distintos, a moralidade da acção humana: seja, a montante, a regra que inspira a conduta e, a jusante o resultado a que conduz uma acção inspirada por essa regra.

O nosso comportamento, como pessoas e como profissionais de enfermagem, surgirá sempre, de algum modo, dividido entre as duas atitudes: a de agir sem tomar em conta o determinismo dos acontecimentos ou a de ponderar as consequências prováveis dos nossos actos.

Como dizia RAYMOND ARON, citado por BRITO (1999: 32) "*A ética da convicção e a ética da responsabilidade não são contraditórias, pois completam-se uma à outra e constituem, no seu conjunto, o homem autêntico*".
Não se pode agir simultaneamente segundo as duas lógicas, mas tão pouco é possível recomendar a alguém que actue segundo a ética da convicção ou a ética da

responsabilidade, da mesma forma que não lhe podemos indicar em que momento deve agir segundo uma ou outra.

1.2 – OS MAUS TRATOS INFANTIS COMO UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

Apesar das dificuldades inerentes à definição e caracterização do quadro de maus tratos infantis, parece-nos que no contexto actual, não existirem dúvidas relativamente ao enquadramento das mesmas como um problema de saúde pública.

Já anteriormente fizemos referência a autores, tais como LOBO FERNANDES (1989); PENA (1994) e JONHSON (1996), que mutuamente consideram esta situação perfeitamente definida como um problema de Saúde Pública, de grande magnitude, não apenas pelas causas em si, como também pelas consequências que dele advêm.

Ao reflectirmos sobre a vivência destes enfermeiros acerca do modo como percepcionam esta situação, foi sentimento comum que sobressaiu.

A ideia geral de que os maus tratos são um problema de Saúde Pública, é salientado pela própria descrição do quadro em si, e quando eles próprios descrevem a reflexão efectuada acerca do mesmo problema, englobando assim as causas, os factores de risco e as próprias circunstâncias em que vivem a criança e a família.

Quadro 4 - Os maus tratos infantis como um problema de Saúde Pública

Caracterização do quadro de maus tratos infantis

- Quem agride
- Tipo de Agressão
- As causas
- Manifestações
- Quem faz a denúncia

Os Maus Tratos Infantis, como um problema de Saúde Pública

- O modo de vida condiciona a existência de maus tratos
- A resolução das situações passa pelo envolvimento de outros elementos da sociedade
- As famílias têm de ser ajudadas
- As crianças não devem ser retiradas das famílias

1.2.1 – Caracterização do quadro de Maus Tratos Infantis

A referência e caracterização do quadro de maus tratos infantis, é feita pelos diferentes autores que abordam esta problemática: KEMPE (1961); LOBO FERNANDES (1989); DAVIS, CARRASCO (1992); GALLARDO (1993); REIS (1993); NELSON (1994); KAPLAN (1995) e JONHSON (1996).

A experiência adquirida pelos enfermeiros, ao longo do seu percurso profissional, aliada às suas competências técnico profissionais, permitem-lhe verificar a existência de crianças vítimas de maus tratos, fazendo assim e, de uma maneira geral, a caracterização das situações.

Estes casos, que eles percepcionam, são enquadrados dentro de diferentes tipologias, com manifestações diversas, que lhes permitem identificar, no contexto de vida da criança, indícios, suspeitas ou mesmo manifestações físicas e comportamentais, que comprovam a presença do mau trato como uma realidade.

> ***Exemplo 1*** *– Sobretudo aquelas crianças, que são brutalizadas pelos pais, ou amas e frequentemente por coisas que para nós se nos apresentam como banalidades e que para elas são suficientes para desencadear verdadeiras ondas de violência.(2)*
>
> ***Exemplo 2*** *– Tinham sido vitimas de agressão por parte do pai, alcoólico.(67)*
>
> ***Exemplo 3*** *- Foi um caso de dois irmãos que foram violados pelo pai.(82)*

As descrições revelam a existência das situações, quem as promove e o tipo de maus tratos perpetrados, ao mesmo tempo que é feita uma breve referência aos motivos que as desencadeiam.

Do mesmo modo, também a descrição das manifestações físicas são identificadas e constituem indicadores incontestáveis da presença de maus tratos.

> ***Exemplo 1*** *- Tratava-se de uma criança, de alguns meses, que sofreu maus tratos físicos por parte da mãe.(329)*

> ***Exemplo 2*** *– Apareceram-me três crianças, todos irmãos, cheios de escoriações.(227)*
>
> ***Exemplo 3*** *– O resultado, foi uma ferida enorme, que resultou numa sutura, também enorme.(237).*

Do mesmo modo, os comportamentos das crianças, não deixam dúvidas, quanto à existência de situações traumáticas para a criança, bem como ás possíveis consequências traduzidas, não apenas no sofrimento físico, (manifestado nas escoriações), mas essencialmente no sofrimento psicológico e que elas, demonstram de um modo mais ou menos transparente, se quisermos olhar e sobretudo, se quisermos ver.

> ***Exemplo 4*** *– Apresentava também um comportamento diferente que se manifestava sobretudo em atitudes de isolamento, contrastados com agressividade e algum vocabulário menos próprio para a idade. (7)*
>
> ***Exemplo 5*** *– (...) Porque o seu silêncio e o seu comportamento de medo, diziam-me que algo de errado lhe tinha acontecido e que tudo aquilo não era normal. (225)*
>
> ***Exemplo 5*** *– O que mais me chamou a atenção e que mais me magoou, foi o seu comportamento. Fazia um circulo no chão, na terra, e metia-se lá dentro. Não saia dele enquanto estávamos presentes.(187)*

A tomada de consciência destas manifestações vem de encontro ao referenciado na bibliografia disponível acerca dos maus tratos infantis e que *WORDS (1997:83)* refere do seguinte modo:

> *"A sintomatologia que apresenta a criança vítima de maus tratos, pode ser de caracter físico ou emocional. Os sintomas físicos, ocasionam diferentes graus de morbimortalidade e manifestam-se como traumas – em tecidos moles, ossos, pele – alterações no estado nutricional ou transtornos toxicológicos.*
>
> *Os sintomas emocionais que apresenta a criança maltratada, são condutas de medo e timidez, isolamento e mínima socialização, apatia, angústia, sensibilidade à critica, não sujeição às expectativas e pressões paternas, respostas agressivo- paranóicas, inibição afectiva, baixa auto- estima, dificuldade de aprendizagem, motricidade ou linguagem. Apresentam também alterações*

repentinas de humor, comportamentos regressivos, actos de desobediência, perturbações graves do sono, fobias ou fugas de casa, entre outras."

O que está presente nestes depoimentos será então a tomada de consciência desta realidade que nos toca de perto, que nos perturba e de que não poderemos ignorar o grito de silêncio que estas crianças manifestam...

Também subjacente nestas descrições, encontramos que quem geralmente denúncia estes casos, é aqui descrito como sendo a figura materna.

Ressalta também que esta denúncia é feita de um modo difícil e doloroso, dado que a violência familiar não se circunscreve apenas às crianças, não sendo alheia, então, a violência contra a própria mulher.

É assim exposto que quem denuncia os casos é a mãe, depois dela própria ter ultrapassado os seus próprios medos, ou quando os contornos da situação assumem proporções que a ela mesma confundem e perturbam.

> ***Exemplo 6*** *– Quem acaba por confessar a situação é a mãe, que num momento de revolta e/ou desespero conta o martírio que tem em casa, relativamente à brutalização dos filhos por parte do marido, completamente bêbado.(262)*
>
> ***Exemplo 7*** *– A situação foi relatada pela mãe.(442)*
>
> ***Exemplo 8*** *– "Lavada em lágrimas", relatou a situação que chocava pelos contornos de horror que assumia.(362)*

1.2.2 – Os Maus Tratos Infantis como um problema de Saúde Pública

É senso comum que a OMS, define Saúde como "*Um completo bem estar físico, psíquico e social e não apenas a ausência de saúde ou enfermidade*".

Com este conceito presente, certamente nenhum de nós terá dúvida de que não existe saúde nas nossas crianças, quando sabemos estarem sujeitas á violência e que esse facto, per si, lhe nega também o seu direito à mesma, tal como é definida.

Por outro lado, definir hoje saúde pública (sem entrar nos conceitos redutores de uma visão sanitarista, ou de um puro somatório de actividades de promoção ou prevenção, ou ainda como sinónimo de medicina preventiva), implica, então, e actualmente uma abordagem, num sentido abrangente e holístico, onde se abarquem os meios físicos, cultural, económico e social, ou ainda como na perspectiva de KIRCKBUSH, citado por SIMÕES (1991:3) "*Saúde pública é multisectorial no âmbito, ecológica na perspectiva e colaboradora na estratégia*".

Daqui resulta, então, que falar hoje em Saúde Pública, como futuro saudável, quer significar a capacidade de desenvolvimento social, económico e político. Ir de encontro das necessidades colocadas pela geração actual, sem comprometer a capacidade das próximas gerações satisfazerem as expectativas e necessidades próximas.

De facto, esta não será ainda a nossa realidade...

Ao partirmos para a análise deste cacho de temas, verificamos que as situações encontradas e descritas, se reportam à vivência das próprias crianças, inseridas no seu meio ambiente, onde imperam condições sócio económicas degradantes, a par da falta de conhecimentos, bem como outras circunstâncias que condicionam o seu modo de vida, tais como regras de educação rígidas, enraizadas em normas culturais já deturpadas e que passam de geração, num ciclo vicioso contínuo e difícil de quebrar.
Neste contexto, ajudar a criança significa ajudar a família...

Assim e, tendo como ponto de partida as declarações proferidas pelos enfermeiros, ao descreverem a realidade que os envolve, verificamos que o modo de vida, a par com os seus condicionantes, determinam o aparecimento das situações de maus tratos.

> ***Exemplo 1*** *– Mas acho que também é proporcional na zona geográfica onde trabalho, porque aqui existem dificuldades de sobrevivência, analfabetismo e, então, os casos são frequentes.(368)*
>
> ***Exemplo 2*** *– São crianças que faltam à escola porque os pais se esquecem de as mandar, ou porque têm que ficar a tomar conta dos irmãos mais pequenos.(374)*

Exemplo 3 *– Existem nesta zona muitos casos de Maus tratos infantis, devido a pobreza e outras causas Sócio- económicas, sobretudo alcoolismo.(407)*

Exemplo 4 *– As etiologias são diversas, e relacionam-se sobretudo com as dificuldades de vida desta gente que vive em zonas muito interiores e de isolamento.(468)*

É com base nestas perspectivas que poderemos enquadrar, sem dúvida os maus tratos infantis, como um problema de Saúde Pública, tendo como ponto de partida as declarações proferidas pelos enfermeiros, ao descreverem a realidade que os envolve e que se encontra tão distante do ideal preconizado.

Será um problema de saúde pública sim, apenas e só, pela existência de números cada vez maiores que denunciam situações, pela sua gravosidade, pelos contornos obscuros e horrendos que assumem, pelas causas, pelas consequências e até "Quiçá", pelo modo leviano como os meios de comunicação social abordam o problema. Penso que não pelo respeito que as crianças merecem e pela preocupação que os casos suscitam, mas mais pelo efeito sensionalista que transmitem, cujo fim último será apenas uma guerra de audiências, ou o aumento do número de tiragens da revista ou jornal.

Será um problema de saúde pública, numa sociedade em constante mudança, com constante variação de valores e esvaziamento de papeis, onde um factor comum sobressai – O abuso do poder do mais forte, o adulto, contra o mais fraco, a criança.

Será um problema de saúde pública,, numa sociedade onde existem políticas sociais que fomentam cada vez mais as desigualdades, o desemprego e as segregações, a par com a criminalidade.

Estas diferenças díspares são patentes também, no fosso que separa o litoral e o interior, onde as pessoas são dotadas ao isolamento e á solidão, à falta de recursos, à falta de conhecimentos, ao desemprego, ao alcoolismo, entre muitos outros factores causais.

Exemplo 5 – *Eles maltratam, fruto das circunstâncias de que eles também são vítimas.(185)*
Exemplo 6 - *Às vezes, as pessoas têm motivação para tratar bem os filhos, mas não têm conhecimentos para isso.(128)*

Exemplo 7 – *Contudo, estes casos aparecem porque há desorganização familiar, analfabetismo, erros de educação, que já vêm das avós e que filhos e netos continuam a fazer, por falta de padrões de referência.(469)*

Uma outra abordagem pode ser feita, quando nos debruçamos sobre a própria definição de direito.

DASGUPTA (s.d.), num comentário acerca do progresso das Nações, refere que:

> " *Uma necessidade passa a ser direito, quando a sociedade se torna capaz de satisfazer essa necessidade e a sua satisfação se torna essencial ao progresso e ao bem estar da humanidade (ou quando a sua ausência conduz ao sofrimento e a pobreza). Actualmente só o estado pode garantir esses direitos*".[4]

Face ao exposto, como poderemos entender que estando actualmente aceites os direitos da criança, não hajam condições para a concretização dessas necessidades? Será que poderemos, então, falar de direitos, ou será, como alguém disse, uma utopia?

Paradoxalmente, parece que apesar de direitos que são aceites como válidos, para algumas crianças (talvez até sejam muitas), eles não passam de necessidades à espera de serem direitos, ou não passam até de sonhos, quimeras, à espera de um dia serem concretizados...

Não serão talvez necessários mais argumentos para justificar este fenómeno como sendo um problema de saúde pública.

Mas a certeza é de que, será sempre e acima de tudo, um problema de uma minoria vulnerável, cuja voz apela para o desenvolvimento de estratégias sociais e humanas,

---

[4] DASGUPTA, Partha – Disparidades Nacionais de desempenho - Texto policopiado. De acordo com a mesma fonte, Partha Dasgupta, é titular da Cadeira de Economia Frank Ramsey, na Universidade de Cambridge.É membro do St. John's College, de Cambridge e foi professor de Economia e Filosofia na Universidade de Stanford.

para que o seu problema e o de muitas outras, possa ser irradicado, tal como acontece como outras doenças e calamidades, onde uma simples vacina pode ser a solução. Contudo, nesta realidade que é a nossa, parece estar longe esse futuro...

Neste enquadramento dos maus tratos infantis como um problema de Saúde pública, um outro aspecto referenciado pelos enfermeiros, nas suas experiências, passa pelo reconhecimento da família como elo importante para a criança o que a posiciona como alvo do investimento da comunidade, como uma das alternativas de solução.

> ***Exemplo 8*** *– Encontramos muitas situações de famílias que se encontram no limiar da negligência e do mau trato, mas que apesar de mal, são as únicas que a criança tem, e é nela que devemos, então, intervir... (129)*
>
> ***Exemplo 9*** *– A criança, na minha perspectiva, não deve ser retirada da família, deve sim ajudar-se a família a crescer, até porque não existem muitas alternativas de solução.(135)*
>
> ***Exemplo 10*** *– Sou apologista de que a criança não deve ser mantida num ambiente desfavorável e, por outro lado, também não deve sair de casa, então, só nos resta ajudar a família.(281)*

Reflectindo um pouco acerca destes depoimentos, não parecem existir dúvidas acerca da necessidade do envolvimento da criança com a família.

Contudo, pensamos resultar polémica esta visão, na medida em que, se por um lado entendemos que a família constitui ou deverá constituir, por excelência, um local privilegiado e onde a criança se pode desenvolver harmoniosamente e de um modo global, (tendo em conta todo o seu potencial físico, psíquico, social e afectivo), por outro, não poderemos esquecer a possibilidade do risco acrescido a que a criança está sujeita, dado que a violência familiar não pode ser entendida como casual.

Ao percorrermos a bibliografia damo-nos conta de que são vários os autores que apontam como objectivo final da intervenção a protecção à criança e a recuperação da família.

LOBO FERNANDES (1989:319) refere: "*Em muitos casos, é possível manter a criança na família e ajudar esta a vencer a Crise. (...) A família natural, apesar de não ser recuperável para aquela criança, não deve ser abandonada.*"
Num âmbito de Saúde Pública, a defesa da instituição família, na medida em que ela ainda continua a ser considerada a célula principal da sociedade, como unidade funcional, é também apontada por WORDS (1997:90):

> "*O tipo de intervenção na família, numa visão comunitária, deve ir no sentido de identificar as causas do Síndrome do mau trato infantil, nos sistemas familiares, contribuindo para desenvolver na família condutas de auto-respeito e dignidade dos pais, a fim de fundamentar uma profunda relação humana que permita a rotura do ciclo de violência.*"

Sendo na comunidade que se encontram as causas e a resposta a muitas situações de maus tratos, "*Trabalhar toda a crise, no sentido de fortalecer e preservar a vida familiar, é um desafio que obrigatoriamente temos que aceitar, com espirito vencedor*", diz-nos Cruz (1997:163).

Então, mais do que segregar comunidade em geral, devem criar-se condições de desenvolvimento, com disponibilidade de recursos, no sentido de ajuda à criança e à família, tendo por objectivo o desenvolvimento global das mesmas.

Caberá, pois, à comunidade, entendida como um conjunto de recursos, fazer esforço para modificar a vida de todas as crianças.

Será sem dúvida complexo e exigirá uma ofensiva sustentada contra as causas básicas da pobreza e subdesenvolvimento.

Contudo, num mundo onde a tecnologia e o conhecimento são disponíveis e podem ser facilmente partilhados e onde os rendimentos "*per capita*" triplicaram nos últimos vinte e cinco anos, onde as ajudas provenientes da política comunitária são quase ilimitadas, parece não haver desculpas: Os direitos de todas as crianças, incluindo as que vivem em circunstâncias mais desfavorecidas, podem ser atendidos.

Quando estas carências forem perspectivadas, então, como necessidades a satisfazer e esse querer passar pelas vontades das políticas do estado, poderemos talvez até começar a descortinar o antídoto para essa doença que atinge todas as crianças submetidas á violência.

O recurso a outros elementos da comunidade surge também descrito.

> **Exemplo 1** – *Para conseguirmos que isto funcione, tentamos envolver alguém da rede social, para fazer determinado controle, por exemplo para ver se a criança come.(136)*
>
> **Exemplo 2** - *Tentávamos envolver os familiares ou vizinhos, para clarificar se percepção que possuíamos era correcta, de que pudesse haver uma situação mais agressiva, ou se estávamos errados.(132)*
>
> **Exemplo 3** – *Chegamos à conclusão de que a avó tinha de tomar partido no acompanhamento daquela criança, supervisionando os cuidados prestados.(157)*

As redes sociais de apoio têm, então, um papel preponderante, na medida em que podem ajudar o indivíduo ou indivíduos a lidar com as crises ou a preveni-las.

O reconhecimento do envolvimento de outros elementos para ajudar a reconhecer e/ou resolver a situação, é também admitido na bibliografia existente, sempre que são abordados planos de intervenção, como nos diz LEANDRO (1989:330*)*:

> "*Como pano de fundo da intervenção, uma perspectiva sistémica que encare o fenómeno como uma disfunção relacional, englobando por um lado, as interacções no seio dessa família e, por outro, as interacções dessa família com todo o sistema social e os seus sub-sistemas (vizinhança, escola, bairro, autarquias, serviços sociais, policia, etc.*".

1.3. - DIFICULDADE NA RESOLUÇÃO DOS CASOS

Este tema foi referido na sua expressão primeira, em frases, cujo conteúdo levantou questões de diferentes âmbitos, nas quais se poderiam englobar sentimentos de

impotência em agir concretamente, referentes também as manifestações encontradas nas crianças e que anexavam a si o sofrimento a que se encontravam expostas.

Aspectos sociais que nos faziam reportar para contextos de vida difíceis e nas quais estas crianças diariamente se encontram e sobrevivem.

E ainda os aspectos legais, relacionados com as dificuldades para admitir a existência de maus tratos.

Dificuldade na denúncia dos mesmos, em simultâneo com o arrastamento de alguns casos, que tal como foi manifestado por alguns enfermeiros, tem consequências trágicas, que passam não só pelo sofrimento diário, mas também pela morte da criança.

Quadro 5 - Dificuldade na resolução dos casos

Dificuldade para agir na resolução dos casos de Maus Tratos
➢ Dificuldade em admitir ou revelar os casos
➢ Dificuldade na denuncia
➢ Complexidade dos casos, torna difícil a concretização da acção
Morosidade dos Processos
➢ Morosidade legal do processo

1.3.1 – Dificuldade para agir na resolução dos casos de Maus Tratos

A dificuldade em agir, tem como primeiro obstáculo a dificuldade na denúncia que por sua vez tem subjacente a difícil admissão da sua existência.
E neste domínio, será de facto complicado admitir a sua presença, por muitas e variadas razões.

A explicação prende-se, sem dúvida, nos próprios contornos que envolvem os maus tratos.

Por um lado, a imaturidade da própria criança dificultam a explicação causal... Ainda em fase de crescimento e maturação, construindo ainda pontos de referência, as crianças submetidas a violência dificilmente se encontram em posição de diferenciar ou classificar os actos a que são submetidas.

Depois é o medo, que fala mais alto e as remete a elas próprias ao silêncio...

A etiologia da violência à família e à criança é, sem dúvida, complexa e o mecanismo de acção em todos os modelos que visam a sua interpretação têm em comum um comportamento parenteral comprometedor, do processo de crescimento e desenvolvimento e bem estar da criança.

Num outro aspecto, admitir a sua existência, obrigaria a uma necessidade de legitimação da violência o que levaria à exposição do adulto que perpetua o acto.

Neste domínio e, concretamente, no ponto de vista sócio cultural, será mais fácil a negação ou admitir a sua explicação como necessidade de socialização da criança, onde predomina a ideia desta como propriedade dos pais e na qual estes serão melhores se usarem medidas rígidas...

A socialização da criança será, então, a panaceia para muitos actos brutais...

Admiti-los seria ainda admitir as fraquezas do adulto, submeter-se ele próprio ao julgamento social, num ciclo vicioso que já originou a violência. Aquela que ocorre na esfera do privado, aquela que ocorre sem testemunhas, aquela que fere, que marca, que destroi, mas que ninguém presencia.

A única testemunha, aquela que é "*O actor principal*" nessas cenas únicas, não terá vontade de ser protagonista na revelação porque eventualmente, o preço será muito, muito caro...

O mesmo acontece a quem assiste, geralmente a mãe ou irmãos, mas para quem e pelos mesmos motivos, o silêncio é a única arma ao dispor numa guerra desigual...

> ***Exemplo 1*** *- A experiência diz-me que o medo as ensina desde cedo a esconder, a disfarçar, talvez para não ser pior.(37)*
>
> ***Exemplo 2*** *A mãe assistia a tudo, horrorizada, mas o medo que sentia pelas ameaças do marido, impediam-na de dizer fosse o que fosse. (447)*

Depois existem os outros, aqueles que, de um modo velado e subtil, sabem da sua existência, mas por medo também (sim, porque...o pai daquele miúdo, é muito mau...) ou porque isso iria dar muito incómodo, nada fazem, nada dizem.

Por vezes, são "*assaltados*" por um sentimento de pena, mas que será, sem dúvida, passageiro: o tempo cura e eles, aqueles que são surrados, esmurrados, queimados, são apenas crianças, que logo esquecem...

Esses que nada fazem, são os outros, os vizinhos, os familiares, os professores, e nós profissionais de saúde, quando deixamos passar ao lado essas situações, que por medo, ignorância ou simplesmente comodismo, não admitimos, ou nada fazemos.

> ***Exemplo 4 -*** *(...)Mas quando lhes falamos em tribunal, negaram logo e disseram que nem pensar, não queriam problemas com eles.(199)*

A dificuldade em agir, assume-se também pela complexidade dos casos, que não podem ser encarados numa perspectiva simplista e linear.

Para além da disponibilidade pessoal e profissional que requerem, passam pelo ultrapassar de muitos obstáculos e barreiras que normalmente são causa e efeito de um mesmo problema.

Numa primeira esfera, surgem como já referimos, as dificuldades de admissão do problema, o que sem dúvida torna difícil a abordagem à criança e à família

Depois se existe de facto vontade de fazer algo, a acção depreendida torna-se uma batalha...

> ***Exemplo 5*** *– (...) Porque temos de lutar contra tudo e contra todos, contra o sistema, contra os adultos que maltratam e que aparecem quase sempre como vitimas das crianças: a criança é que caiu, a criança é que mente..."(223)*
>
> ***Exemplo 6 –*** *É difícil encontrar uma porta para começar, é difícil também chegar ao fim.(398)*
>
> ***Exemplo 7*** *– Então, são os casos que se arrastam, as situações que se repetem.(373)*

É também comum a manifestação da dificuldade em agir, em fazer algo em concreto.

Os enfermeiros, reconhecem o problema, gostariam de fazer algo, mas não sabem concretizar essa ajuda.

A dificuldade na acção, aqui referenciada, surge também aliada aos poucos recursos existentes, sejam de ordem económica, social, humana ou outras.

Falta de recursos económicos, na medida em que a distribuição das "*fatias orçamentais*" não contemplarem de igual modo as diferentes regiões do país e onde as regiões do interior são sobremaneira prejudicadas. Daqui se origina um déficit de desenvolvimento sócio económico, que não permite a esta população condições de vida adequada.

Quando o "*ratio*" apontado como ideal para a prestação de Cuidados de Saúde Primários aponta para 1/1500, os recursos humanos podem ser também citados, como aspecto importante.

Isto porque a realidade vivida neste distrito, desvia-se bastante ao preconizado. De facto, o número de enfermeiros actualmente na Sub Região de Saúde da Guarda é de

170[5] o que determina uma realidade muito diferente da ideal. Então será também difícil atender com competência a todos os casos.

Estes números assumem também particular importância, se tomarmos como ponto de referência um distrito com uma grande área geográfica e uma baixa densidade populacional, onde os acessos são difíceis, a contrastar com as grandes distâncias a percorrer, bem como o tempo a despender[6], que dificultam o contacto pessoal e atrasam qualquer tomada de decisão.

Em simultâneo os deficientes recursos económicos, mesmo os que provêem dos orçamentos estatais, estabelecem, à partida, estratégias de acção com custos limitados.

Por último, apontaremos um outro motivo que nos pareceu ser também responsável pela dificuldade na acção e que se traduz, essencialmente, na autonomia, ou na sua ausência, para poder actuar.

1.3.2 – Morosidade do processo

Se resulta difícil admitir e explicar a sua existência, não é mais fácil arranjar soluções alternativas que visem a resolução do problema, com menor risco para a criança.

Quando efectivamente se encontram provas da sujeição da criança a actos violentos e se inicia todo um processo de resolução, deparamo-nos com uma máquina legal ainda pesada, onde os obstáculos burocráticos tornam a morosidade dos processos como condição comum.

---

[5] .Dados fornecidos pela Sub Região de Saúde da Guarda, em 30 de Outubro de 1999

[6] Instituto Nacional de Estatística – 13º recenseamento Geral da População – De acordo com esta fonte, o distrito da Guarda ocupa uma superfície de 5518 Km2, distribuídos por 14 concelhos, com um total de 188165 mil habitantes, o que determina que seja o distrito menos densamente povoado no continente português. A sua densidade é de 37 habitantes por/km2.

A população activa , por sector de actividade, revelam este distrito como sendo o mais pobre do país.

Exemplo 1 – *Prometeram-nos ajuda depressa, contudo isso não aconteceu.(424)*

Exemplo 2 – *Sei que a já não é a primeira vez que a morosidade do sistema legal, associada à complexidade destes casos tem consequências trágicas para a criança.(346)*

Exemplo 3 – *Passou muito tempo, entre a primeira denúncia e a decisão do tribunal, que não chegou a ser efectivada.(358)*

Como possível explicação deste aspecto poderemos referir a complexidade das situações, que nunca podem ser avaliadas numa visão simplista e linear.

A falta de recursos, associada á falta de alternativas de resolução, que é passível de se verificar.

Também as demora se reporta para as dificuldades legais, subjacentes ao sistema judicial que existe em Portugal.

Não poderemos é nunca esquecer que enquanto se vê e revê, analisa e reanalisa a situação e se dá o beneficio da dúvida...a criança continua exposta aos perigos, que originaram todo aquele processo.

1.4 – PAPEL DO ENFERMEIRO NA COMUNIDADE

Na vivência destes enfermeiros, este foi, sem dúvida, um tema que se evidenciou, tendo sido unanimemente referenciado.

Foi destacada a importância do seu papel junto da comunidade e feita a descrição das estratégias usadas para ajudar a criança.

Quadro 6 - Papel do enfermeiro na comunidade

Papel do enfermeiro na comunidade
➢ Reconhecimento da comunidade como local privilegiado de acção ➢ Necessidade de reconhecimento profissional, pela população ➢ Posição privilegiada para a detecção precoce das situações
Actuação do enfermeiro junto da criança
➢ Descrição das estratégias de ajuda

1.4.1 - Papel do enfermeiro na comunidade

Habitualmente a especificidade da enfermagem comunitária, tem sido atribuída ao local do exercício, sendo então que para a enfermeira de saúde pública, a comunidade é vista como o cliente dos seus serviços.

É proposto, então, que os principais factores que designam esta especificidade da enfermagem de saúde pública de outras áreas de actuação sejam: a acção centrada nas populações, que vivem livremente na comunidade, em oposição às institucionalizadas; os objectivos do desempenho visam essencialmente a promoção da saúde e prevenção da doença e o uso de estratégias que têm em conta o vasto contexto Sócio - Político em que ocorrem e são resolvidos os problemas da comunidade.

O foco na população, é historicamente consistente com a filosofia da saúde pública e reflecte-se na definição de enfermagem de saúde pública, desenvolvida pela Públic Health Nursing Section e oficialmente adoptada pela (APHA, 1981), que citada por STANHOPE e LANCASTER (1999:27), define o objectivo da enfermagem de saúde Pública, como "*Melhorar a saúde da comunidade como um todo*".

Ainda dentro deste âmbito, assume particular significado a seguinte afirmação da APHA (American Públic Health Association): "*Identificar sub grupos (agregados) dentro da população que tenham elevado risco de doença, incapacidade ou morte prematura e direccionar recursos para estes grupos, é a abordagem mais eficaz para atingir o objectivo da enfermagem de Saúde Pública*".

Estes pressupostos são sobreponíveis ao estabelecido pela carreira de enfermagem, Dec. Lei 437/91, modificado pelo Dec. Lei 412 de 31 de Dezembro de 1998.

O ponto de vista que prevalece de facto actualmente sobre os enfermeiros de saúde pública, é que eles providenciam serviços de cuidados directos, incluindo educação para a saúde, a pessoas ou unidades familiares, fora das instituições, seja na casa do cliente, ou num ambiente clínico.

Por outro lado, foi em 1978, que a OMS (Organização Mundial de Saúde), na Conferência de Alma Ata, estabeleceu 38 metas para que no Ano 2000 pudesse haver Saúde para Todos.

Já passaram alguns anos desde essa conferência e, actualmente a análise das estratégias a seguir nos Centros de Saúde, emanadas pelo Ministério da Saúde [7]para os anos de 1999/2000, permite-nos verificar que a política de Saúde preconizada por essas directrizes, determinam que haja um envolvimento dos profissionais ligados á saúde pública, nomeadamente os enfermeiros com a comunidade.

Pressupõe-se então a saída "*Dos Blocos de Cimento*", que constituem os Centros de Saúde e o relacionamento com a população, para assim melhor se aperceberem dos seus problemas, fazerem o diagnóstico no terreno e estabelecerem estratégias de actuação que visem a melhoria de saúde e, deste modo, atingirem os seus objectivos, que actualmente são: *Saúde para todos e com todos no ano 2000.*

---

[7] PORTUGAL. Ministério da Saúde. "Saúde: Um compromisso - A estratégia de Saúde para o virar do Século (1998/2000".Lisboa.
PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde – Lisboa e Vale do Tejo - Estratégias de Saúde Regional, Plano de Acção 1999.

O que podemos depreender é que na proximidade desse evento que será o ano 2000, os enfermeiros reconhecem e manifestam essa necessidade.

> ***Exemplo 1*** *– Nós enfermeiros de Saúde pública, devemos ter uma actuação directa a nível da comunidade.(265)*
>
> ***Exemplo 2*** *– Trabalhamos no terreno, o que serve muito para contribuirmos para o crescimento do meio e da sociedade.(140)*
>
> ***Exemplo 3*** *–É por isso que a nossa actuação junto da comunidade é tão importante, estamos do lado deles, conhecem-nos e confiam em nós.(435)*

Dando continuidade ao papel que ocupam na comunidade, assume principal destaque a orientação para a detecção precoce das situações de maus tratos.

> ***Exemplo 4*** *- É necessário estar atento, porque entendo que o enfermeiro de Saúde Pública ocupa um lugar importante junto da população e a sua presença. (405)*
>
> ***Exemplo 5*** *– Penso ainda que o profissional de enfermagem será aquele que mais proximidade relacional estabelece com este tipo de crianças e que mais facilmente pode detectar estas situações, pela própria posição que ocupa na comunidade.(95)*
>
> ***Exemplo 6*** *– Penso que a nossa actuação, como enfermeiros de saúde pública deve ser orientada essencialmente para a prevenção.(273)*

A prevenção de Maus tratos infantis, é segundo a OMS(1993:30), citada pela ABRAPIA (Associação Brasileira Multiprofissional de Protecção á Infância e Adolescência, fundada em 1988), classificada em:

> **Primária** – Quando tem como objectivo a eliminação ou redução dos factores sociais, culturais e ambientais que favorecem a actuação nas causas de violência;
>
> **Secundária** – É aquela que tem como objectivo a detecção precoce da criança em risco, impedindo os actos de violência e /ou a sua repetição. Actua nas situações já existentes.

Terciária – Aquela que tem como objectivo o acompanhamento integral da criança e do agressor.

A prevenção surge assim como importante recurso nesta problemática, por aqueles que de perto e de modo contínuo dão o seu contributo a esta causa.

CASTANHEIRA (1986:138), refere que num contexto de prevenção a nível do centro de saúde, cada equipa de medicina familiar, deverá estabelecer um plano de intervenção junto da família, visando o apoio global e suporte social. "*Neste aspecto, a realização de Visitação domiciliária, quer de médicos quer de enfermeiros, é particularmente útil e necessária*".

LOBO FERNANDES (1989:138), refere que: "*O conhecimento da extensão e gravosidade do problema, a morosidade e incerteza do sucesso de intervenção em casos consumados, leva os profissionais de saúde a desejarem cada vez mais uma prevenção eficaz*".

Face ao exposto entendemos serem pertinentes as declarações dos enfermeiros.

Paralelamente ao reconhecimento da importância do seu papel na comunidade, os enfermeiros declaram a necessidade de lhe ser reconhecida essa importância pela própria população.

> ***Exemplo 1*** – *Sentimos necessidade de sermos facilmente identificados pela sociedade, como pessoas de respeito e competentes. (137)*
>
> ***Exemplo 2*** – *Nós fazemos parte da população. Se formos reconhecidos como profissionais que eles precisam e em quem podem confiar, agem de um modo natural. Será então fácil para nós agir, detectando e corrigindo erros, ao mesmo tempo que vamos prevenindo.(507)*

Reflectir acerca da necessidade dos enfermeiros serem reconhecidos como pessoas e como profissionais, pela comunidade onde exercem funções, leva-nos a reflectir sobre a própria identidade do que é ser enfermeiro e qual o seu papel, enquanto profissional.

No contexto actual, a enfermagem surge-nos como: "O presente...herança do passado".

Se nos debruçarmos sobre a própria história de enfermagem desde a Pré história, até à actualidade, verificamos que a enfermagem sofreu em si, várias e profundas mudanças. As alterações efectuaram-se em termos de quem praticava, do modo como era praticada até ao que se espera que seja praticado. COLLIÉRE (1989); HELHART (1993); ADAM (1994).

Para conseguir a sua identidade e definição passou em termos gerais de luta, de "Cruzada Moral a Cruzada Social".

Para HELHART (1993): " *O valor da enfermagem, resulta do modo como ela é facultada as pessoas que dela necessitam. Infelizmente a natureza desse serviço, é muitas vezes determinada por tradições, generalizações, sem conteúdo...*"

Actualmente e apesar da nossa antiguidade como profissão, a nossa missão social, nem sempre surge clara.
Estamos num mundo de "*relatividades*", essencialmente técnico-científicas, mas cujo conceito se pode também aplicar à enfermagem.

Então, actualmente o seu estigma persiste: Apesar da sua grande evolução, a sua missão social continua ambígua, ou seja:

- Conhecida por todos
- Estabelecida desde há muito
- Sem definição exacta

Estas questões traduzem ou parecem traduzir, uma crise de identidade: O que sou, o que somos e o que esperam de mim ou de nós.

É de facto nestes pressupostos que os enfermeiros se apoiam e é por isto que lutam...O reconhecimento e o desenvolvimento profissional é o seu objectivo.

REBELO,[8] (1990), confirma este querer, quando afirma: "*É sem dúvida surpreendente ver como gerações de enfermeiros que se sucederam na segunda metade do século desenvolveram a sua profissão*".

As estratégias usadas neste desenvolvimento, passam sem dúvida, pelas mudanças que envolvem: *O Saber, O Saber ser e o Saber Estar.*

Parece-nos contudo, que ainda há um caminho longo a percorrer...

1.4.2 - A actuação do enfermeiro junto da criança

A descrição das estratégias usadas para ajudar a criança, é o tema que seguidamente se nos depara.

Assentam em três aspectos essenciais a concretização dessa ajuda: Visitação domiciliária, dar suporte teórico que permitam a resolução dos casos e a comunicação dos casos à assistente social.

> **Exemplo 1** – *Devido as frequentes recaídas, fizemos Visitação domiciliária.*(332)
>
> **Exemplo 2** – *Fornecemos suporte teórico, acerca de como tratar e cuidar aquela criança. (152)*
>
> **Exemplo 3** – *Foi contactada a assistente social.(50)*

A análise deste tema, reporta-nos para a ilusão de parecer ser pouco o que o enfermeiro pode fazer na abordagem a estes casos.

A análise sumária da acção decorrida, leva-nos a entender melhor as suas expressões e a fazer relação com o primeiro tema analisado, dando-nos na prática a compreensão dos sentimentos de impotência, de revolta, da sensação de nada poder fazer.

---

[8] REBELO, Mário Sarmento, Técnico de enfermagem do Departamento de Recursos Humanos da Saúde – Ministério da Saúde, in Prefácio à edição portuguesa da enciclopédia Médico Cirúrgica de PHIPPS, LONG e WOODS, 1990

Esta situação apresentar-se-nos-ia como a concretização dos seus receios, da sua ineficácia, das limitações das suas competências, onde a tomada de decisão e encaminhamento são, ou parecem ser realmente muito pouco.

Um fosso seria, então, aberto e efectivado pela necessidade de reconhecimento pessoal pela comunidade, como algo precioso que lhe lembrasse que era útil o seu papel.

Estes sentimentos que cruzam quase a "*espiral da frustração*" reencontram terreno fértil, quando encontram a sua eficácia e valorização na prevenção, quando trabalham no terreno e acompanham as situações com envolvimento.

Nesta visão positiva, a motivação surge como fonte de dinamismo, empatia, responsabilidade interpessoal, que impulsiona os indivíduos a contribuírem com algo útil para o mundo em que vivem, onde cada enfermeiro, cada pessoa deve demonstrar e aplicar o seu desenvolvimento imediato no quotidiano e também o seu envolvimento duradouro na comunidade onde está inserido.
Para pôr em prática esta validação, definem estratégias pessoais de desempenho:

> **Exemplo 4** – *Eu acho que a nossa actuação neste contexto se resume a: Querer, estar atento, organizar e estruturar as acções. Se conseguirmos esta atitude conseguimos combater ou minimizar este tipo de coisas.(177)*

Para alcançar uma orientação concreta, perspectivam uma base sólida de conhecimentos, para desenvolverem as suas capacidades e se possam sentir seguros na tomada de decisão que irá constituir a sua base de cuidados naquela comunidade e lhe ser reconhecida a competência pretendida.

> **Exemplo 5** – *Então, senti necessidade de ultrapassar isso. Para tal, tinha que ter conhecimentos acerca do que eram os maus tratos e quais os factores de risco envolvidos(270)*

> **Exemplo 6** – *Senti necessidade de me preparar...(271)*

A formação surge, então, como o caminho a percorrer...
"*A qualidade, nunca é um acidente, é sempre um evento planeado*". MOURATO (1995).
Do mesmo modo, a qualidade de desempenho não acontece também por livre arbítrio, até porque não haverá qualidade sem pessoas de qualidade e a grande maioria pode atingir esta finalidade quando certa no local certo.

O determinismo subjacente nestes enfermeiros em querer melhorar o seu desempenho, é patente nas afirmações atrás referenciadas por eles e apontam a formação como o caminho a percorrer para o conseguir.

Numa sociedade já bastante complexa e que previsivelmente se tornará mais complexa nas suas redes sociais, económicas e políticas, onde cada vez mais se valorizam como normas correntes de pensamento e de agir o individualismo e a competitividade, profissões como a de enfermagem, cuja essência é como já vimos o cuidar e a relação de ajuda, serão certamente desvalorizadas.

Face a estas realidades, o enfermeiro tanto no seu papel de cidadão, como no seu papel de profissional sente que não se pode alhear a estas mudanças que ocorrem no meio colectivo onde vive e exerce funções.

Ao faze-lo, põe em causa o seu lugar como agente activo e participativo dessas mesmas mudanças sociais.

Para evitar que isso aconteça tem, então, que se dotar de certas qualidades fundamentais que o ajudem, ao longo da sua vida, a adquirir os saberes necessários e a produzir as suas próprias competências.

Serão, então, estas competências que o ajudarão não a lutar contra as mudanças que se advinham, mas a afirmar-se neles como cuidador de pessoas, grupos e comunidades.
Será pela formação que conseguirá esse evento.

No cenário que constitui este trabalho, a formação é também encarada como a possibilidade de aquisição de saberes e conhecimentos individuais e de aperfeiçoar capacidades, que lhes possibilitem a abordagem às situações de um modo mais maduro e profissional. Deste modo, poderá responder com eficiência e eficácia às situações, ao mesmo tempo que é reconhecido pela qualidade e competência do seu desempenho.

1.5 – IMPORTÂNCIA DA ACÇÃO MULTIDISCIPLINAR

A percepção dos enfermeiros acerca dos maus tratos infantis passa pelo reconhecimento da necessidade da abordagem á situação de ser multidisciplinar.

Quadro 7 - Importância da acção multidisciplinar

⇨ **Reconhecimento da necessidade de actuação multidisciplinar**
⇨ **Descrição das estratégias da equipa**

Deparamo-nos actualmente com uma mudança crescente em termos de políticas de saúde.

Muitos dos factores que determinam esta mudança, situam-se fora das profissões de saúde, como sejam a evolução epidemiológica e demográfica, o desenvolvimento de novas tecnologias que permitem diagnósticos precisos e rápidos, bem como tratamentos mais eficazes.

Em simultâneo, surgem as exigências sociais de financiamento, o melhor acesso e qualidade mais diversificada de escolha.

Sobreponível, existe também uma tendência cada vez maior de humanização dos cuidados onde o homem deixa de ser visto numa visão fragmentada, para ser encarado como um todo, numa visão holística.

Neste quadro de mudança, não podem as profissões de saúde ser encaradas como "*peças*" absolutamente moldáveis de uma engenharia de sistemas, fria, abstracta e impessoal; têm de ser o "*motor*", capaz de dar resposta aos objectivos previamente estabelecidos.

Para tal, toda a acção deve reflectir um envolvimento multidisciplinar.

Falar de pluridisciplinaridade na realidade dos maus tratos infantis, impõe esta filosofia comum a todos os problemas de saúde, acrescida de outros aspectos tal como nos diz LEANDRO: (1989:327): "*O fenómeno dos maus tratos(...), é uma realidade humana, complexa, que exige de facto uma abordagem interdisciplinar, sistémica e global, quer no domínio do estudo do fenómeno, quer no das acções para o prevenir ou no das respostas aos casos que não foi possível evitar*".

Ainda o mesmo autor, refere que a interdisciplinaridade pressupõe que cada uma das ciências envolvidas perca a unilateralidade da sua perspectiva a favor de uma visão mais global, integrada e, por isso, mais próxima da vida.

A interdisciplinaridade e interinstituicionalidade responsáveis defendidas, não implica a perda de identidade das diferentes profissões e entidades cooperantes, antes pressupõe que se mantenham nítidos os seus diferentes papeis, as diferentes funções, embora numa interligação que só pode valorizar cada um dos papeis e cada uma das funções.

Terá que haver intercâmbio, sem luta de classes, onde as esferas de competência se sobreponham, tendo apenas um objectivo único e comum: Ajudar a criança.

Foi neste sentido que os enfermeiros expressaram as necessidades de interajuda multidisciplinar, ao adicionarem as diferentes competências, completaram esforços e, por certo, os resultados serão melhores e mais eficazes.

> **Exemplo 1** – *(...) Não compete apenas ao profissional de enfermagem, mas a outros profissionais, que devem ser envolvidos, nomeadamente um psicólogo e um pedo psiquiatra.(93)*
>
> **Exemplo 2** – *Claro que a enfermeira não tem acesso directo ao juiz de menores, daí ser importante o trabalho interdisciplinar, em que a assistente social desempenha um papel importante. (171)*
>
> **Exemplo 3** – *Perante a vontade de denunciar a situação e face à minha limitação, em termos de resolução, pedi a colaboração à assistente social e á médica de família.(452)*
>
> **Exemplo 4** – *Pedimos também apoio à junta de freguesia.(492)*

Da análise destes depoimentos, surge-nos a questão de quem é que poderá ou deverá fazer parte desta equipa multidisciplinar, que competências profissionais deverão ser envolvidas?

KEMPE e KEMPE (1982:195), fazendo uma reflexão que denominaram - Uma consideração mais ampla do problema que abarca toda a comunidade - perguntam:

> "*Quais são os elementos fundamentais que devem compreender um projecto que atinge toda a comunidade?*
> *A resposta reside na implementação de um trabalho de equipa, constituído numa base ampla e na qual intervenham profissionais provenientes de várias disciplinas.*
> *Neste tipo de sistema, os directores terão que ser as assistentes sociais, apoiadas por colaboradores, tais como pediatra, enfermeira visitadora, um responsável da polícia, um advogado, um psicólogo, um psiquiatra e, se possível, um membro da comunidade*".

Em 1986[9], realizou-se em Lisboa, uma reunião multidisciplinar onde foi debatido o tema a criança vítima de maus tratos, das conclusões obtidas, foi destacado no ponto 8 que:

[9] Esta reunião foi organizada pela Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria e teve lugar em Lisboa, em Fevereiro de 1986 .Os trabalhos apresentados foram publicados num documento intitulado: A criança maltratada, cuja publicação da Direcção Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria.

> *"Os serviços de Cuidados de Saúde Primária podem e devem ter um papel relevante na prevenção e intervenção para o que é necessário promover a sensibilização e formação neste domínio, melhorar a ligação á comunidade e a comunicação interprofissional e interdisciplinar e assegurar a continuidade de acção pela cooperação interinstitucional."*

Ainda o mesmo documento no ponto 8.6, refere que para o apoio continuado a estas famílias são necessários recursos ainda pouco disponíveis entre nós; em particular a visitação domiciliária, efectuada por enfermeiros de saúde pública dos serviços de saúde primários ou por técnicos do serviço social.

Quando existe, então, trabalho de equipa, há necessidade de adoptar comportamentos acertivos, tal como é referido pelos enfermeiros no relato das suas experiências.

> **Exemplo 5** – *A equipa deve Ter coesão e comportamentos éticos definidos(...)dialogar entre todos(...) manter confidencialidade, respeitar as pessoas e compreende-las.(118)*
>
> **Exemplo 6** – *Tentamos sobretudo não julgar as pessoas.(141)*
>
> **Exemplo 7** - *Depois de discutir em equipa, traçamos planos de acção, e definimos estratégias, sempre em que detectamos uma família de risco.(275)*
>
> **Exemplo 8** – *Esta acção, implica querer, conhecimentos, disponibilidade e abertura de canais de comunicação entre todos os profissionais de saúde e autarquias.(510)*

Terminaremos esta análise com um pensamento que poderá ser entendido em jeito de desabafo: É que apesar do reconhecimento da importância da acção do enfermeiro, sobretudo na detecção e prevenção, continuam os enfermeiros a não ser incluídos nos diferentes grupos de trabalho ou comissões de protecção a menores ou ainda projectos de apoio à criança e família...

1.6 – AVALIAÇÃO DA ACÇÃO

A avaliação surge-nos como o corolário daquilo que foi o vivido e sentido pelos enfermeiros, em toda a acção desenvolvida e de onde realça de facto um sentimento de utilidade.

Avaliar, significa medir algo, comparar com critérios pré estabelecidos e fazer um juízo de valor, tomando em conta a magnitude e a direcção da diferença. PABON (1989).

Para avaliarmos, necessitamos, então, de dois parâmetros que constituem os objectivos que nos dão o critério com o qual devemos comparar e os resultados expressos mediante indicadores que permitem ser comparados com o critério inicial.

A avaliação constitui um elemento imprescindível para melhorar o nosso desempenho e adoptarmos as necessidades cambiantes da população; indica-nos, então, em que medida respondemos às suas necessidades e em que medida realizamos o trabalho de forma adequada.

Permite-nos ainda aprender sobre aquilo que executamos e ajuda-nos a tomar decisões sobre como devemos continuar e que BEVIS (1978) exprime do seguinte modo:" *A avaliação dita o caminho a seguir, na medida em que os actos passados não podem mudar*".

A avaliação dos serviços deve centrar-se fundamentalmente na valorização dos resultados e no impacto da população que os recebe e que é em definitivo a razão desses mesmos serviços.

O que se impõe aqui avaliar será, então, a acção desenvolvida, saber em que medida as estratégias usadas pelos enfermeiros, individualmente ou em equipa, resultou de um modo positivo.
E é de facto positivamente que os enfermeiros avaliam os seus cuidados, aqueles que foram desenvolvidos em favor da resolução da situação.

Exemplo 1 – *Fiquei com a satisfação de ter feito algo de útil por uma criança, que mudou radicalmente o seu modo de vida.(401)*

Exemplo 2 - *Estou contente porque no meio de tanta miséria que existe, ainda há casos que terminam bem e nos dão alento e coragem para continuar a lutar, nem que seja apenas e só para salvar uma criança.(433)*

Exemplo 3 - *Fiquei contente por poder merecer a confiança e o desabafo desta mulher o que decerto modo traduziu a confiança em mim e no trabalho que desenvolvi na comunidade.(459)*

Exemplo 4 - *No inicio parecia não ligar muito ao que lhe dizia, mas depois apercebi-me que ia mudando pequeninas coisas.(487)*

Apesar de um modo geral ser favorável a avaliação do seu desempenho, ainda há por certo muito a fazer pelo que podemos depreender das frases que se seguem.

Exemplo 5 - *Um dos aspectos que me fez pensar foi: como é que nós profissionais demoramos tanto tempo a perceber que algo de grave se estava a passar nesta família e nesta criança? Foi preciso arranjar piolhos para que alguém pudesse reparar nela e dar conta que algo estava mal.(75)*

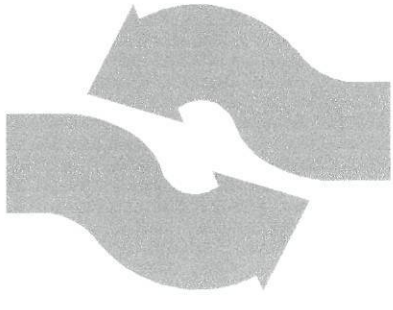
Exemplo 6 – *Havia montes de indicadores e factores de risco que se estivéssemos atentos, facilmente nos levariam a identificar aquela família como uma fonte de problemas.(73)*

Assim, fica-nos a impressão de que apesar de pouco vale sempre a pena investir, nem que seja apenas pelo sorriso de uma criança.

Exemplo 7 – *Quando nos vê fica contente, sorri até... (33)*

PARTE TERCEIRA

SIGNIFICADO DO ESTUDO E CONSIDERAÇÕES FINAIS



Capitulo Primeiro

1 - SIGNIFICADO E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

"Coragem, é ter força para procurar outros caminhos".
Antero de Quental

Não poderemos avançar para o que constituíram as verdadeiras conclusões deste trabalho sem referir aquilo que entendemos ser o seu significado e quais as suas limitações.

Este estudo, teve sempre presente uma noção que consideramos útil relembrar: Tratou-se de um estudo indutivo, baseado na recolha de entrevistas.

A sua qualidade foi sempre garantida pelo uso do método fenomenológico de investigação, cuja utilidade teve sempre em linha de conta a questão da individualidade da pesquisa, dadas as características que se encontravam inerentes á sua realização, tendo-se contudo adequado ao que pretendíamos pesquisar.

Ainda dentro deste contexto, consideramos que os depoimentos conseguidos, são significativos , porém não deixam de se anexar apenas a esta população. Reportam-se a um conjunto de indivíduos, e dizem respeito apenas aos contextos que foram vividos e transmitidos, não sendo por isso possível fazer generalizações.

Apesar da impossibilidade de generalizações, importa-nos dizer que as conclusões que facilitou, podem constituir uma mais valia, em termos de importância, seja para a prática clinica, seja para o ensino ou mesmo em termos de pesquisa.

Pensamos ter importância para a pesquisa, na medida em que a utilização deste método permite a abordagem de questões que se referem á própria enfermagem, sobretudo no que concerne ao vivido da prática clinica em relação aos seus utentes. A fenomenologia, consequentemente o método fenomenológico, oferece a oportunidade

de se fazer um estudo criterioso da experiência humana, ao mesmo tempo que deixa ver além da superficialidade da mesma.
Permite também a reflexão e compreensão de determinados fenómenos e sentimentos que não têm abordagem através das ciências positivas e que de outro modo, não seriam perceptíveis.

Envolve pois uma experiência pessoal e profissional, cuja vivência e descrição pode influenciar um cuidar de enfermagem mais esclarecido e consciente.

O significado deste estudo e a sua inerente importância pode ser apontado como influente para o ensino de enfermagem, na medida em que o resultado das suas pesquisas pode suscitar questões que levem à tomada de consciência da necessidade de modificação dos *Curricula* dos Cursos de Enfermagem.

O diagnóstico das necessidades concretas, sentidas e manifestadas por quem presta cuidados, pode levar à mudança que há muito se perspectiva e deseja. Pode assim, anular o fosso entre o cuidar teórico e o cuidar prático.

Resulta ainda importante para a prática se entendido como promotor de mudança.

Os resultados obtidos, se entendidos como idóneos, podem levar ao "*Agitar de águas calmas e tranquilas*", que são por vezes a prestação de cuidados, e onde as rotinas estão instaladas. A tomada de consciência de certas realidades, como o são os maus tratos infantis, levantam a existência de grandes "*tormentas*" que impõe outra atitude por parte de nós profissionais. Esta tomada de consciência poderá impulsionar a saída das rotinas, para fazer algo por alguém, que por acaso pode ser uma criança.

Não podemos terminar sem fazermos referência ao muito que ficou por dizer, e por desvendar acerca deste tema. Outros estudos poderão ser feitos a fim de possibilitar a comparação e completarem a visão deste fenómeno.

Seria para nós aliciante e desde já deixamos a sugestão, se a alguém interessar...

2 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Caminhante não há caminho, o caminho faz-se a andar...

António Machado

Foi a tomada de consciência da existência de casos de maus tratos infantis, aliada à preocupação e a um sentimento de utilidade e de ajuda para com as crianças vitimas de violência que nos impulsionaram para a realização deste trabalho.

Percorrer todo o caminho e levar a sua realização a bom porto, nem sempre constituiu tarefa fácil...

A metodologia segundo a qual nos propusemos realizar este estudo, parecia-nos óbvia quando através dela demos os primeiros passos na pesquisa, mas à medida que prosseguíamos, tornou-se difícil tomar diversas opções, principalmente no que diz respeito ao desenho. A análise dos dados, durante a qual passamos longo tempo, a seleccionar as frases e declarações significativas e a organiza-las, na tentativa de tornar clara e viva a experiência dos enfermeiros, constituiu um momento de dificuldade.

Também a disponibilidade de tempo, e factores condicionantes de ordem pessoal, familiar e profissional, tomaram assento e dificultaram a sua realização.

Contudo e apesar das dificuldades, pensamos ter conseguido ultrapassar os obstáculos que se nos depararam e alcançado os objectivos a que nos propusemos.

Então, e depois de toda a acção desenvolvida, entendemos ser pertinente reflectir acerca do caminho percorrido.

Concluir o que foi a vivência destes enfermeiros acerca das suas percepções dos maus tratos infantis, será então dizer que os maus tratos nas crianças, existem. Não

constituem uma quimera, não fazem parte do imaginário das pessoas, que não são algo para apenas se falar nos média como meio de captar atenções. Eles constituem a realidade concreta e marcante de um sem número de crianças (talvez até muitas), que diariamente são expostas a uma realidade dura e marcante, onde o medo e o sofrimento (físico e moral) constituem tónica dominante.

Esta realidade percebida, é tal como alguém disse, "*A ponta do iceberg*", e que neste estudo e concretamente neste distrito, perdido no interior do país, na serra dura e inóspita se assume e manifesta em crianças com circunstâncias de vida difíceis, que constituem por muitos e variados factores os pilares da sua existência.

A realidade vivida e manifestada pelos enfermeiros deste estudo revelam a sua abordagem a estas situações, marcada essencialmente por uma relação de ajuda à criança, que se manifesta pelos sentimentos despertados, pela existência de um caso que marca sempre mais e condiciona o seu comportamento futuro, a par com uma vontade de fazer justiça pelas próprias mãos e onde a ética de convicção e da responsabilidade se completam e determinam o comportamento a seguir...

As inerentes competências técnicas do desempenho são facilmente ultrapassadas, para dar lugar a uma relação entre enfermeiro/criança, onde o aspecto cuidativo se impõe e é identificado como intrínseco à própria profissão.

As experiências adquiridas pelos enfermeiros ao longo do seu percurso profissional, aliadas as suas competências técnico-profissionais, permitem-lhe identificar as situações e fazer a sua caracterização enquanto quadro conceptual.

Subjacente, existe a reflexão dos condicionantes de vida daquelas crianças e famílias, e mais do que condenar e segregar, importa ajudar e ensinar.

Na reflexão que constitui este trabalho, ressalta a dificuldade de resolução dos casos, devido à sua complexidade, que passa não apenas pela dificuldade na admissão/denuncia, mas também pela morosidade legal de todo o processo, seja em

termos de "*timings*", ou pela existência de poucas soluções alternativas para as situações, considerando os riscos mínimos das crianças.

Do papel do enfermeiro na comunidade, tem lugar de destaque a importância que detém a sua acção junto da população, onde a prevenção assume a tónica dominante. Contudo, existe a necessidade de ser reconhecido na execução dessa acção. A explicação surge em termos de autonomia, ou falta dela, no desempenho dessas acções, a par com uma crise de identidade que "*paira*" sobre a profissão de enfermagem e condiciona "*O Ser*" *e o* "*Estar*" dos enfermeiros.

A resolução dos casos, passa impreterivelmente pela pluridisciplinaridade, onde a palavra colaboração é condição *Sine – Qua –Non.*

Deste aspecto, fica uma mágoa: Apesar do reconhecimento da importância do papel do enfermeiro na detecção e prevenção dos casos, a sua actividade não é reconhecida a quando da formação de grupos de trabalho ou comissões de protecção à criança e família...Resta-nos perguntar: Porquê?

No final, surge a questão: Se valeu a pena fazer algo por aquelas crianças?

A resposta, vem de encontro ao que diz o autor: "*Tudo vale a pena se a alma não é pequena*". E, tudo é então válido, nem que seja apenas e só por ver uma criança feliz...

BIBLIOGRAFIA

ABRAPIA – *Maus tratos contra crianças e adolescentes – Protecção e prevenção* – Guia de Orientação para profissionais de saúde. s.d.

ADAM, Evelyn – *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget..1994.

AMARAL, João – *S. Tomás de Aquino* – Porto: Livros Tavares Martins.1961

AMARO, Fausto – *A criança maltatada: Aspectos sociológicos* in A criança maltratada. Lisboa: Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 1986

ARIES, Philippe – *A criança e a vida familiar no Antigo Regime*. Lisboa: Antropos, 1981

ARISTOTELES - *Metafisica*.VII,2.
ARISTOTELES – *Categorias*

BELSKY, Jay – *Child maltreatment: an ecological integration*. American Psichologist. Washington, 35 (4). April, 1980

BENNER, Patricia – *From Novice to Expert – Excellence and Power in Clinical Nursing Pratice*. California:Addison – Wesley publishing Company.1984.

BODGAN, R; BIKLEN, S – *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução á teoria e aos métodos.* Porto: Porto Editora, 1994

CASTANHEIRA, José Luís – *O centro de Saúde e as Famílias que Maltratam*, in – A criança maltratada – Secção de Pediatria Social. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pediatria. 1987

CHALLIFUR, Jacques – *La relation d'aide en soins infirmiére, une perspective holistique- humaniste*. Paris: Edition Lamane, s.d.

CIBANAL, L. – *Interrelacion del profissional de enfermeria com el paciente*. Barcelona: Doyma.1991

COLLAIZI, P. – *Psychological research as the phenomenologist views* it. New York: Oxford University Press.1978

COLLIERE, Marie Françoise – *Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.* Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989

CRUZ, Maria Eduarda – *Crianças Maltratadas: A ponta do Icebergue*. Departamento de Pediatria do Hospital de São João. Acta portuguesa de Pediatria, nº1, vol.28, 1997

DAVIDOFF, Linda I. – *Introdução à Psicologia*. São Paulo: Editora Mc Gaw-Hill, s.d.

DAVIS, Holly W; CARRASCO, M.D. – *Abuso e negligência infantis.*2ª edição. S. Paulo: Manole,1992

ELHART, et Col – *Principios Cientificos de Enfermagem.*8ª Edição. Lisboa. Editora Portuguesa de livros técnicos, 1983

FARINATI, Franklin; BIAZUS, Daniel; LEITE, Marcelo Borges – *Pediatria Social: A criança maltratada.* Rio de Janeiro: Medis, 1993

FORTIN, M. Fabienne – *Introdution à la Recherche.*Montréal.Dácarie.1988

FUSTER, E G; GARCIA,F ;OCHOA, Musitu – Maltrato infantil: Un Modelo de Intervención desde la Perspectiva Sistémica. Cadernos de Consulta Psicológica. Família e desenvolvimento humano.nº4.1988.

GALLARDO, José António – *Impacto del maltrato físico sobre el ambíto socioafectivo en niños de status bajo y edad escolar..*Málaga: Universidade de Malaga, Departamento de Psicologia e de la Educatcion.1993

GALLARDO, José António – *Maus Tratos à Criança.* Porto: Porto Editora, 1994

.

GOLDSON, Edward – *Sequelas Afectivas e Cognitivas dos Maus Tratos à Criança.* Rio de Janeiro, Interlivros, 1991. (Clinicas Pediátricas da América do Norte).

HEGEL – *Leçons sur L'histoire de la philosophie.*Paris.1954

HEGEL – *Princípios da Filosofia de Direito.* Lisboa: Guimarães Editores.1961

HORTA, Wanda de Aguiar – *Perspectiva em Saúde Pública.* Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 9, nº1 – Jan./Mar. de 1991

HUME, David – *Traité de la Nature Humaine.* Tomo I .Paris .S.d.

HUSSERL, Edmund – *A ideia da Fenomenologia.* Lisboa: Edições 70.1989.(Col. Textos Filosóficos)

JASPERS, Melanie – *Issues in Phenomenology for Rechearchers* of Nursing. Jounal of Advanced Nursing. [S.I.].19 (1994)

JONHSON, Charles – *Lesões infligidas Versus lesões acidentais.* Rio de Janeiro: Interlivros, 1996. (Clinicas Pediátricas da América do Norte).

KANT – E. – *Critica da razão pura – Estética Transcendental.* Lisboa: Fundação Cauloust Gulbenkian.1985

KAPLAN, Sandra – *Abuso físico e negligência* in LEWIS, Melvin – Tratado de Psicologia da Infância e Adolescência. Porto alegre: Artes Médicas.1995

KEMPE, Ruth; KEMPE, Henry – Niños Maltratados. Madrid: Morata.1982

KOZIER, Barbara; ERB, Glenora e BLAIS, Katheleen – *Conceptos y Temas en la prática de la Enfermeria.* 2ª edicionMéxico:Interamericana.McGraw-Hill,1995

LAZARD- LEVAILLANT, François – *A criança, essa desconhecida,* 1ª edição, Lisboa: Moraes Editores, 1977

LAZURE, H.- *Viver a relação de ajuda: Abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidacta, 1994

LEANDRO, Acácio Gomes – *A problemática da Criança Maltratada em Portugal. Alguns aspectos Jurídicos e Judiciários.* Revista Portuguesa de Pediatria, Lisboa.Vol.20, n.º 5, 1989

LEININGER, Madeleine – *Qualitative Research Métodos* in Nursing. Orlando: Grune& Stratton inc. 1985

LEVY, Howard, in Pediatria Social – *A criança maltratada*. Rio de Janeiro: Meds,1993

LOBIONDO-WOOD, Geri;HABER, Juditth – *Nursing Research.* 3ªed. London: Ed. Mosby. 1994

LOBO FERNANDES, Maria José – *A Criança Mal Tratada: Alguns aspectos Médicos*. Revista Portuguesa de Pediatria, Lisboa, vol. 20, n.º 5, 1989

LOCKE, John – *Essay Concerning Human Hunderstanding.* Liv.I.-II. 1964

LOGOS, *Enciclopédia Luso Brasileira de Filosofia*. Lisboa; Verbo Editora. Vol IV. 1991

LYOTARD, Jean- François- *A Fenomenologia.* Lisboa: Edições 70.1986.(col. Biblioteca Básica de Filosofia).

MARIN, Bosch in Kempe, Ruths e Kempe – *Niños maltratados*. Madrid: Ediciones Morata, 1982.

MARRINER, Ann e col. – *Modelos y Teorias de Enfermeria*. Barcelona: ed. Rol, 1989.

MARTINEZ, Miguel – *Comportaminto Humano, nuevos métodos de Investigacion.*1ª Edição. México: Editorial Trillas.1989

MAYEROFF, Milton – *On caring.* New YorK: Harper Perennial, 1971

MERLEAU-PONTY, Maurice – *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo, Martins Fontes, 1996.

MIRANDA SANTOS, Theobaldo – *Curso de Psicologia e pedagogia- Noções de psicologia na criança.*7ª Ed. São Paulo: Companhia Editorial Nacional.1964

MORUJÃO, Alexandre Fradique – *Fenomenologia.* In LOGOS, Enciclopédia Luso Brasileira de Filosofia. São Paulo: Verbo, vol. 2, 1991

MUNHALL, Patricia L., BOYD, Carolyn Oiler – *Nursing Research: a qualitative perspective.*2ª edição. New York: National League for Nursing Press.1993.

OILER, Carolyn – *The Phenomenological approach* in Nursing researche, May – Jun. 31(3), 1982

OMERY, A – *Phenomenology: A method.* Advances in Nursing Science, 5(2), 1983

PABON, Lasso – *Evaluacion de los servicios de Salud.* Universidade del Vallecal, 1985

PARSE, Rosemarie Rizzo – *Nursing Science- major paradims, theories and critiques.* Philadelphia: W.B. Saunders Company.1987

PENA, B. – *Formas de Abandono II.* Saúde Infanti:16:53-9, 1994

PHANEUF, Margot – *Relação de ajuda – elemento de competência da enfermagem.* Coimbra: Cuidar, Revista de informação e cultura profissional, 1995

PHIPPS, Wilma; LONG, Barbara; WOODS, Nancy – *Enfermagem Médico Cirurgica – Conceitos e Prática Clinica,* 1ª Ed., Lisboa, Lusodidacta, 1990

PLATÃO – *"Fedou" e "Menone".* Inquérito. Lisboa: Atlantida.1947

PLOUGMAND, Oskar – *Aspectos Psicopedagógicos da Violência contra as Crianças.* Lisboa, Infância e Juventude, nº3, 1987

POLIT, Denise; HUNGLER, B.- *Investigacion científica en Ciences de la Salud.* 3ª Ed. México: Interamericana Mac Graw-Hill.1991

PORTUGAL, Ministério da Saúde; *Comissão Nacional de Saúde Infantil* – Relatório, 1993.

PORTUGAL, Ministério da Saúde; Decreto Lei 437/91 de 8 de Novembro, modificado pelo Decreto Lei 412 de 31 de Dezembro de 1998, que regulamenta o regime legal da carreira de enfermagem

PORTUGAL. Ministério da Saúde – *Saúde: Um compromisso – A estratégia de Saúde para o virar do século (1998/2002).* Lisboa, 1999.

PORTUGAL. Ministério da Saúde; Administração Regional de Saúde – Lisboa e Vale do Tejo – *Estratégias de Saúde Regional, Plano de acção 1999.*

REIS, César Ferreira – *A Criança Maltratada: Algumas Considerações Gerais sobre o problema,* Porto: Nascer e Crescer, Vol 2, n.º 3, Set.1993

RENAUD, Michel – *O homem como destino pessoal,* Colóquio: "O Cérebro e o Espírito" – S/ ed., Nov. 1985

REVUE DES CADRES DE SANTÉ – Soins, nº. 30. 2º. Trimestre 1999.

RODRIGUES, Almiro – *Direitos da Criança: o legislado e o vivido*. Revista do Instituto de Reinserção Social. Infância e Juventude,94/3

ROGERS, Carl – *Tornar-se Pessoa*.2ª Edição. Lisboa: Moraes. S.d.

SETEVENSON, Olive – *La atencion al nino maltratado: Política pública y prática professional*. Barcelona: Paidos, 1993

SIMÕES, Marília – *Saúde Pública Ecológica* – Revista Portuguesa de Saúde Pública, Vol. 9, n.º 2 – Abril/Junho de 1991

SOARES, Manuela Goucha – *Filhos do destino*, in Expresso revista, n.º 1145, 8 de Outubro de 1994

SOARES, Natália Fernandes – *Crianças em risco: passado e presente. Alguns contributos para a compreensão histórico social da problemática das crianças maltratadas e negligenciadas*. Revista do Instituto de Reinserção Social- Infância e Juventude. Jan./Mar .97/1

SOARES, Natália Fernandes – *Direitos da Criança: Utopia ou realidade*. Revista do instituto de Reinserção social- Infância e Juventude. Out./Dez. 97/4

SOUSA, Elisabeth – *Minorias Vulneráveis: O Caso das Crianças Maltratadas*. Lisboa: Análise Psicológica,nº4 –(XIII) – Outubro- Dezembro de1995

SOUSA, Elizabeth; MARTINS, Ana; FONSECA, Alexandra – *A construção Social dos Maus tratos*. Análise Psicológica 1 (XI), 1993

STANHOP, Marcia; LANCASTER,Janette – *Enfermagem comunitária – Promover a saúde de grupos, famílias e indivíduos*. 4ª ed. Lisboa: Lusociência.1999

TUCKER, Nicholas – *O que é uma criança?* Lisboa: Edições Salamandra, Lda.1992

WATSON, Jean – *Nursing the Philosophy and Science of Caring*. Colorado:Colorado Associated University Press. 1985

WATSON, Jean – *Nursing:Human Science and human care – A theory of Nursing*. New York: National League for Nursing Press.1988

WORDS, Key *A Charachezization of the causes of child abuse in Colombia* – Investigation y educacion de enfermeria. Medllin, XV Marzo de 1997

ANEXOS

ANEXO A

Autorização para a realização de entrevistas

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR S.R.

Largo Prof. Abel Salazar, 2 • 4000 PORTO • Tels 31 03 59 • 31 14 47 • 31 93 82 • 208 56 23 • Fax (+351 • 2) 200 19 18 *UNIVERSIDADE DO PORTO*

MESTRADO DE ENFERMAGEM

Exmo Senhor
Coordenador da Sub-Região de Saúde
da Guarda
6300 Guarda

Porto, 16 de Janeiro de 1998

Venho por este meio solicitar a V. Exa., autorização para que a aluna do 4º Mestrado em Ciências de Enfermagem deste Instituto e Enfermeira Chefe do Quadro de Pessoal do Hospital de Sousa Martins, **Maria Ester Botelho Vaz Marques**, faça uma abordagem por inquérito, em forma de questionário, aos Enfermeiros da Sub-Região de Saúde da Guarda sobre a **"Criança Maltratada"**.

Os dados a obter, destinam-se a contribuir paraa fundamentação da tese de Mestrado, imperativo do plano de estudos do referido curso.

O tratamento dos dados obtidos respeitarão as normas e princípios do sigilo e da ética profissionais.

Com os melhores cumprimentos,

O Coordenador do Mestrado em Ciências de Enfermagem,

(Prof. Doutor Nuno Rodrigues Grande)

ANEXO B

Verbatim das entrevistas realizadas

PRIMEIRA ENTREVISTA

Enfermeira: Durante a minha experiência profissional já me deparei com algumas situações de crianças vitimas de maus tratos. Todas as situações me marcam, sobretudo aquelas em que as crianças são brutalizadas pelos pais ou amas, e frequentemente por coisas , que para nós se nos apresentam como banalidades, mas que para eles são suficiente para desencadear verdadeiras ondas de violência e crueldade.

Nessas situações o que me apetece fazer é retribuir-lhe com a mesma moeda, e fazer-lhe o mesmo.

Porém, como não é possível, apenas encaminho o caso, geralmente para a assistente social e tento dar o máximo de ternura aquela criança que está diante de mim ao mesmo tempo que tento por o máximo de carinho em todos os actos que envolvem o cuidar daquela criança, mesmo que seja apenas actos curativos.

Mas, as situações em que me sinto pior é quando apenas existem suspeitas e quase nada podemos fazer.

Nestas circunstâncias recordo-me de um menino de oito anos , em que se suspeitava que presenciasse a mãe a prostituir-se em casa deles.

Fomos alertados para o caso pela professora primária, com o pretexto de que a criança se encontrava muito suja, e com cárie dentária. Apresentava também um comportamento diferente, que se manifestava sobretudo em atitudes de isolamento, contrastados com agressividade e algum vocabulário menos próprio para a idade dele.

Fizemos então Visitação Domiciliária.

O espaço a que chamavam de casa, localizava-se num local deserto. Constava apenas uma divisão, em cuja área se encontrava uma cama de casal e um pequeno divã onde dormia o miúdo. Junto a este espaço, existia um quiosque que a mãe explorava.

A situação que encontramos arrepiou-nos. A confirmarem-se as suspeitas seria terrível para o garoto.

A pretexto da negligência de saúde, separamos o miúdo da mãe , para assim podermos explorar os seus sentimentos e saber o que realmente se passava.

A primeira abordagem foi difícil. A criança não falava, olhava-nos apenas fixamente, com olhos grandes e tristes. Tentamos ao longo das várias V.D. que fizemos, incutir-lhe carinho, simpatia e sobretudo confiança.

Informamos também a assistente social que também os contactou e apenas pode mais ou menos confirmar a situação, na medida em que não havia ninguém, a não serem eles próprios, a poderem confirma-la na medida em que era a sua própria História de Vida.

Apenas as entrelinhas, do discurso e comportamento da criança confirmavam a verdade. O seu vocabulário traia o medo.

A assistente social pôs-nos ao corrente da situação legal. Como não se confirmavam as suspeitas pouco ou nada havia a fazer.

Uma confusão de sentimentos emergiram em mim. Sentia ternura pela sua condição de criança, cujas emoções estariam a ser completamente deformadas, pelo presenciar de situações que ele não entendia mas que certamente o marcariam para sempre, se reais.

Por outro lado sentia também revolta e impotência. Impotência porque nada podíamos fazer para preservar a inocência daquela criança. Quem éramos nós, para ao meio da noite invadirmos a sua casa e dizer aquela mãe que o seu comportamento estava a ser horrível para o seu filho. Acaso a mãe não teria ela própria o direito a uma vida mais digna? As circunstâncias da sua própria vida assim a teriam condicionado. De qualquer forma isso não lhe dava o direito de expor assim o seu filho. Achamos nós...

Não podíamos dar-lhe outra vida melhor, porque isso não estava ao nosso alcance. Também não podíamos retirar-lhe a criança porque não havia provas concretas acerca daquilo que pensávamos estar a acontecer-lhe.

Por outro lado, não podíamos ignorar o grito de socorro daquela criança, que como tantas outras sofrem caladas.

Neste contexto, perante as dúvidas que existiam, tentamos dar-lhe o nosso melhor. Tentamos transmitir-lhe o melhor que em nós havia, em termos de carinho e tentar mostrar-lhe que ele é um menino bonito e que as pessoas gostam muito dele.

Fizemos mais visitações domiciliarias (não tantas como gostaríamos).Tentamos contudo acompanhar aquela criança mais de perto. Fizemos alguns ensinos a mãe acerca do desenvolvimento afectivo das crianças fazendo-lhe entender que também o filho dela já estava um *Homenzinho* e que também ele já entendia as coisas que o rodeavam. Não podemos saber se isso resolveu alguma coisa, na medida em que ela concordava sempre connosco e na nossa presença desfazia-se em mimos para o filho, que os aceitava com carência e ternura.

A professora, a par da situação tenta também dar-lhe atenção. Chama-o com frequência a intervir e estimula-o com reforços positivos.

Perdura em todos a incerteza, a revolta, a tristeza, a impotência de nada poder fazer em concreto.

Tentamos contudo, nesta amalgama de sentimentos , cuidar dele o melhor que podemos, tentando demonstra-lhe com ternura que ele é importante para nós e representa algo na nossa vida. Quando nos vê fica contente, sorri até. O medo que inicialmente demonstrava parece ter desaparecido. Contudo os seus olhos ainda estão tristes.

Esta experiência, ainda que não seja das mais brutais que já acompanhamos em termos de maus tratos, marcou-nos profundamente. Dou conta disso em qualquer encontro com crianças que venham as consultas de saúde infantil e, em todas elas tento encontrar "*um sorriso triste*".

Tarefa difícil pois também a experiência me diz que o medo as ensina desde muito cedo a esconder, a disfarçar. Talvez para não ser pior.

Os sentimentos, esses repetem-se constantemente, sempre que nos aparece um caso de maus tratos infantis, real ou suspeita, pois sempre quer dizer que em maior ou menor grau uma criança sofre.

Às vezes tento esquecer que há sofrimento nas suas vidas, mas acho que o meu silêncio , e sobretudo o covardia da falsa ilusão, me marcam ainda mais .Mesmo que na maioria dos casos, nada possa fazer.

Fica- nos por isso a certeza de que, sempre que haja suspeita se deve investigar, mesmo sabendo que por vezes a nossa actuação não passe disso mesmo.

O vazio que sentimos depois disso, será bem menor se continuarmos a ver uma criança sorrir, ainda que na maioria das vezes seja, como já disse um *sorriso triste.*

SEGUNDA ENTREVISTA

Enfermeira: Como Enfermeira de saúde pública vou relembrar uma situação em que pude cuidar de uma criança vitima de maus tratos, do foro sexual.

Este caso, foi detectado numa situação de Visita de saúde Escolar, em que nos foi chamada a atenção por parte da professora, para o caso de uma criança que apresentava comportamento dispares e também de agressividade. Ainda conversas impróprias para a idade. Encontrava-se na pré adolescência e estava na Quarta classe, quando já devera ter transitado para o segundo ciclo. Para além do insucesso escolar era evidente a sua apresentação negligenciada, da qual se destacava uma pediculose . Foi alias este o motivo pelo qual foi planeada uma visita domiciliária casa da criança.

Da primeira vez, não nos queriam deixar entrar. Depois de insistirmos lá conseguimos entrar.

A casa só tinha três divisões: sendo duas delas os quartos .Num dos quartos, dormiam os pais da criança , no outro dormiam cinco filhos, dois deles em idade da adolescência. A separar os quartos, não existiam portas mas sim cortinas , o que deixava perceber que não se conseguia manter intimidade do casal.

Inicialmente, numa primeira fase foi feita a desparasitação à criança. Depois foi feita outra abordagem à criança ,para ela nos poder confidenciar porque mantinha esse tipo de comportamento. Foi muito difícil.

A mãe nunca nos confirmou o abuso sexual que nós desconfiávamos .A criança é que depois de várias intervenções disse que mantinha algumas intimidadas com o pai e com o irmão.. Portanto, à partida, deduzimos que se tratava de incesto. Foi por isso contactada a assistente social e foi proposto aos pais a saída da criança. Porque era uma menina e porque o ano escolar ainda estava a decorrer, tentou-se uma possibilidade de internamento numa instituição de menores, penso que em Braga.

Os pais mantiveram-se sempre relutantes quanto à saída da criança, pensamos que devido à possibilidade de ela poder dizer alguma coisa, relativamente aos factos passados. Em termos de sinais evidentes de violação nunca os tivemos, porque nunca foi feito qualquer exame ginecológico. A mãe por seu lado, negou sempre qualquer possibilidade de haver violação por parte do pai, qualquer coisa que a criança pudesse dizer, era devido ao facto de ouvir os pais durante uma relação sexual.

Porém devido ao facto de a criança nos ter confidenciado que mantinha intimidades sexuais com o pai e o irmão ,e que dormia muitas vezes no meio dos pais, na mesma cama, uma criança com sinais evidentes de puberdade, eram factos que nos levavam a pensar que seria abusada sexualmente, ou pelo menos incomodada.

Em paralelo tratava-se de uma família com condições sócio económicas baixas, o pai era guarda prisional, a mãe estava em casa. Era uma família com cinco filhos, todos em casa.

Este foi um caso que me marcou muito, por imaginar o que terá sentido esta criança e por o acto sexual ainda ser envolto em Tabu, na nossa sociedade.

Primeiro nunca pensei que fosse possível isto acontecer aqui ao nosso lado, a primeira tendência foi negar os factos. Foi uma negação. Aos nossos olhos e de toda a gente. Depois tivemos de aceitar os factos.

Os sentimentos que nos abordaram, (a mim, outra colega e uma médica que nos acompanhou), foram de indignação pelo que se estava a passar. De revolta. orientada para o pai que deveria ter já um pouco de cultura. De tristeza enorme, relativamente à mãe, porque encobria a situação e permitia que a filha passasse por aquela experiência.

Penso que esta posição da mãe era a mais grave, porque além de saber o que se estava a passar e continuava a afirmar que a filha estava bem , que não se passava nada. Depois era ainda aquela cumplicidade que depois revelou ao deixar sair a filha para uma instituição, alegando que o melhor para a criança era realmente sair de casa.

Lembro-me ainda que os nossos pensamentos se dirigiam muito para a criança, pois era demais evidente que ela estava a sofrer. Esses sentimentos dela eram evidentes pelo isolamento que procurava e pelo facto de manifestar agressividade, demonstravam claramente o seu estado de espirito interior , fruto da sua vivência em casa e que ela depois deixou perceber.

Relativamente ao agressor que era o pai e que a mãe encobria, levavam-nos a pensar, qual

o motivo que levaria aqueles pais a reagirem assim? O que levaria um pai a proceder a um acto tão agressivo para com a sua própria filha e com todas as consequências que daí poderiam advir? No entanto a resposta a essa nossa questão parecia óbvia, na medida em que o pai andava constantemente alcoolizado, o que decerto modo o desculpabilizava, pelo menos em termos de consciência.

Seria então uma situação dramática para ele. No entanto, o facto de a deixarem prolongar por tanto tempo , despertava em nós a vontade de criar punições para o pai. A mãe pelo facto de negar essa situação, de dizer que isso nunca se passaria lá em casa, até porque se passasse até as vizinhas o poderiam dizer, e inclusive maltrata-la a ela, porque estaria a pactuar com o marido na manutenção de uma situação absurda. Era evidente que a mãe sabia da situação e estava a esconde-la, até porque a miúda dormia no meio deles e ele tinha de se aperceber dos actos do marido.

Sentíamos então que pai e mãe deveriam ser punidos, do mesmo modo. As atitudes que tomamos decorrentes deste facto, e no inicio, foi ajudar a criança, intervindo e retirando-a daquele meio.

Tivemos de ter muito cuidado, porque ela tinha muita dificuldade de se exprimir relativamente ao que se passava, se bem que nunca confirmou, também nunca o desmentiu. Apresentava muita vergonha, chorava muito e nós tentamos respeitar esses sentimentos. Tivemos foi de agir.

De facto a criança foi retirada de casa e posteriormente foi novamente tentada uma reaproximaçao familiar, nomeadamente nas férias e fins de semana.

Houve no decorrer desta situação muitas coisas que me fizeram pensar e inclusive mudar os meus comportamentos, como pessoa.

Um dos aspectos que mais me fizeram pensar foi : Como é que nós profissionais demoramos tanto tempo a dar conta que algo de grave se estava a passar nesta família, e nesta criança? Foi preciso ela arranjar piolhos para alguém pudesse reparar nela, para darmos conta que algo estava mal.

Tivemos também a informação da professora, mas nós já devíamos ter identificado aquela família como sendo de risco, e termos tomado alguma atitude. Custa-me imenso conviver com esta ideia.

Havia montes de indicadores e factores de risco que , se estivéssemos atentos, facilmente nos levariam a identificar aquela família como uma fonte de problemas.

Como pudemos demorar tanto tempo?

Por um lado eram pais jovens, com cinco filhos todos seguidos e todos negligenciados, havia o Alcoolismo do Pai, as condições sócio – económicas degradadas, as condições da casa (dois quartos para uma família tão alargada)...Tantos indícios... Como pudemos então demorar tanto tempo no diagnóstico desta situação.

Como profissionais, nomeadamente de saúde publica, se não começarmos por identificar os factores de risco , que podem levar a tais actos de violência, vão resultar sem dúvida situações traumáticas para todas as crianças envolvidas nestas situações, bem como para todos os que as rodeiam.

Como pudemos demorar tanto tempo.? Ainda hoje me questiono.

Entrevistador: Acha que esta situação fez mudar algo em si, no atendimento de outras crianças?

Enfermeira : Noutras situações de crianças vitimas de maus tratos, esta situação contribuiu muito para poder tomar outro tipo de atitudes.

Fico muito mais alerta para detectar qualquer evidencia de maus tratos infantis, por muito subtil e discreta que pareça.

Temos que estar atentos. E, prestar-lhe cuidados. O primeiro cuidado a prestar-lhe, numa situação de maus tratos é ter cuidado no tipo de relação a estabelecer com a criança. É tentar compensar-lhe o que ela não teve. É claro que depois temos que ver o tipo de maus tratos. Se a criança está muito maltratada fisicamente, não o poderemos esquecer, teremos que tratar as equimoses e escoriações, etc.. Mas não deveremos esquecer também que a criança vitima de maus tratos nem gosta que se lhe toque. Nem há palavras para descrever esta sensação de uma criança evitar o toque humano, repudiando todo o ser humano adulto, que lhe mete medo, insegurança. Assim deve aproximar-se com cuidado para conseguir estabelecer com ela um clima de afecto e

segurança, proximidade emocional que não compete apenas ao profissional de enfermagem, mas a outros profissionais que devem ser envolvidos, nomeadamente um psicólogo e pedo psiquiatra. Na realidade isso não se passa, mesmo em serviço de urgência, em que a criança chega já em situações extremas.

Penso ainda que o profissional de enfermagem será aquele que mais proximidade relacional estabelece com este tipo de crianças e que mais facilmente pode detectar estas situações, pela própria posição que ocupa na comunidade

TERCEIRA ENTREVISTA

Enfermeira: Partindo da minha experiência de muitos anos de trabalho no centro de Saúde, tivemos diversas situações de maus tratos que acompanhamos e dos quais tivemos a percepção.

Houve vários, mas houve um que teve alguma interferência no modo como reflecti sobre estas situações.

Era uma mãe que se dedicava à prostituição, solteira, com muitos filhos, que se recusava a fazer, ou a ter medidas de planeamento familiar, que passasse pela laqueação de trompas ou algo mais simples como a tomada da pílula, alegando que se dava mal e, não queria nada.

Essa senhora, em geral negligenciava os filhos, alguns deles (4 ou 5), viviam com ela. Tínhamos ainda conhecimento de que tinha já dado alguns para a Adopção, logo ao nascer.

A situação concreta, que estou a relembrar, foi uma situação em que a mãe (com quem nós nos relacionávamos, no âmbito das intervenções de enfermagem, na saúde infantil, na saúde escolar e na vacinação, entre outras), soubemos que tinha sido presa, porque se tinha descoberto que ela tinha morto um filho logo ao nascer, deitando-o para um poço.

Ela foi presa e logo a seguir foi libertada. Não chegou a estar um mês na prisão, sendo evocado que tinha mais filhos menores a seu cargo.

Não entendo estas circunstâncias judiciais, mas nós tivemos logo de lidar com a senhora e a dificuldade (e eu lembro-me de ter reflectido muito sobre isto) foi de pensar até que ponto as pessoas de uma população rural vão lidando com a agressividade , com a negligência e com outro tipo de maus tratos ao ponto de banalizarem o homicídio infantil. Isto por um lado. Por outro lado, a distância que eventualmente nós profissionais também temos das situações, em que nos vimos impotentes, porque esta era uma daquelas situações , que nós enfermeiros de saúde pública tínhamos como muito trabalhada, era uma utente que nós conhecíamos bem, que nós sistematicamente abordávamos quer no domicilio quer no centro de saúde ou nas escolas da zona onde ela vivia.

De facto não conseguíamos resolver situações sociais graves e a maneira de viver daquela mulher e que condicionava os seus filhos aquelas negligências e maus tratos diários por vezes graves, porque as crianças não eram alimentadas e todo o agregado social de uma mulher completamente desregrada, em que as pessoas do povo e da zona viviam e sabiam Impotentes também para resolver, até ao ponto de a mãe cometer um homicídio de um recém nascido e a sociedade dar-lhe a liberdade porque tinha outros filhos onde ela ia também perpetuar outros maus tratos. Lembro-me que na altura isto me marcou muito, por um sentimento de abatimento
E de grande revolta por nos sentirmos impotentes para modificarmos aspectos da sociedade que não tínhamos condições para modificar. E tínhamos a obrigação de tratar aquela utente como qualquer outra utente. Esta era uma das reflexões que fazíamos quer individualmente, quer na equipa de enfermagem: Como é que aquela mãe se preocupava em levar os outros filhos á vacinação,(e ela mais ou menos levava-os), mas que também tinha tido a coragem de matar outro filho? E, tudo isto era compatível , com o jogo social que se vivia.

E, parecia estarmos a viver uma situação de loucura perfeitamente assumida, quer dizer aquela senhora tinha acabado de matar um filho e ia com os outros á vacinação , também um pouco coagida é certo, pela relevância que púnhamos no acto, mas de facto é que ela ia.

Também procurava subsídios para a alimentação dos outros filhos, solicitando contratos com a segurança social.

Por outro lado assumia perfeitamente o tipo de vida que tinha, como sobrevivia e onde ia buscar algum rendimento recusando-se a usar qualquer tipo de método anti concepcional.

Mas para nós era de facto muito doloroso. Não tínhamos meio de ultrapassar a situação e imaginávamos por vezes que esta situação, eventualmente se podia estar a repetir noutros lados, porque é uma zona de prostituição e nós não tínhamos mecanismo nenhum profissional para fazer diferente, portanto tínhamos que aceitar. Tentávamos gerir os nossos sentimentos de grande vontade de pegar naquela senhora e faze-la mudar de comportamento, o que não conseguíamos. e tínhamos que conviver com os maus tratos.
Esta foi portanto a situação de maus tratos que mais nos tocou , pelo sentimento de impotência para fazer alguma coisa.

Daqui realçou que a própria sociedade , onde a própria senhora vivia, as pessoas não

sentirem condições para interferir de outra maneira, tínhamos que ser todos coniventes com a situação. Se até o próprio sistema judicial lhe tinha perdoado o crime, quem eram os outros todos para poder fazer alguma coisa?

Entrevistador: Da sua atitude reflexiva, mudou algo em si , ou na equipa?

Enfermeira: De facto mudou. Em mim e na equipa, porque como aquilo mexia com todos nós, discutíamos dentro da própria equipa.

Parece-me que um aspecto nas situações de maus tratos nas crianças é que normalmente a equipa de enfermagem deve ter coesão e comportamentos éticos bem definidos porque nós sabemos que precisávamos de dialogar umas com as outras sobre as situações que nos confiam as utentes, mas com grande preocupação de manter a confidencialidade dos aspectos, de falar sobre as pessoas, tentando compreender as suas situações e respeitar as pessoas.

Por exemplo a nossa grande dificuldade , neste caso, era não reagir emocionalmente, no sentido de nem sequer querermos ver a mulher á nossa frente, porque esta era aquela atitude emocional que nós às vezes tínhamos: "Está ali aquela senhora, vai lá tu porque hoje nem a posso ver, nem consigo falar para ela." Tínhamos este sentimento.

Então , sentíamos necessidade de conversar umas com as outras, para entendermos que no meio daqueles comportamentos tão negativos estavam mais crianças que necessitavam de nós e que a própria mãe era uma utente do Centro de Saúde e que tal como tantas outras também necessitava da nossa atenção. Então, púnhamos de lado aquele sentimento de raiva em relação ao que tinha acontecido, para conseguirmos falar com ela.

Quando alguém não conseguia ultrapassar esses sentimentos, ia outra colega, porque nem sempre estávamos disponíveis psicologicamente para podermos atendermos a senhora e explicarmos os procedimentos como se fosse uma pessoa da qual desconhecíamos os seus comportamentos.

Era difícil, daí termos necessidade de falarmos uns com os outros para nos sentirmos melhor.

E, também em relação à própria sociedade, questionávamos a assistente social que estava a par de todo o trabalho e de todas as situações que tinham vivido quer a mãe quer as próprias crianças, e tudo o mais e era difícil, porque não encontrávamos nenhuma resolução .Parecia-nos que se calhar a própria resolução judicial era razoável, na medida em que havia outros filhos e que eles não estavam entregues a nenhuma outra instituição ou familiares e que eles apesar de tudo, dependiam daquela mulher que era a mãe e isso era possivelmente aquilo em que nós não conseguíamos pensar, o que fazer mais. As crianças, os filhos que ela tinha ,queria mantê-los com ela, porque mais tarde seriam uma força de trabalho um rendimento. Mas realmente eles também não tinham outro sitio para estarem, para viverem.

Então, nós tentávamos que o centro de saúde desse o melhor possível, tentávamos trata-los de igual modo que qualquer outro utente.

Esta situação ajudou-nos em relação a outras crianças vitimas de maus tratos, na medida em que ao reflectirmos sobre este caso tentamos sempre desculpabilizar as famílias, porque apesar de haver alguma culpa funcionava sempre como família.

Na minha equipa, o primeiro principio, é que as famílias podem ser sempre boas famílias, podem não saber sê-lo, mas há sempre boa vontade de serem boas famílias. As circunstâncias de vida é que por vezes condicionavam os seus comportamentos de modo menos bom. a começar pela dificuldade das mulheres educarem os seus maridos, em actividades tão simples como a divisão da comida, em casa.

Ainda se entende que o homem que trabalha tem que comer a carne e o peixe, e as crianças e as mulheres, o resto. Tinha neste contexto de haver muito trabalho da nossa parte para poderem entender, as necessidades energéticas das crianças, face ao seu desenvolvimento. Este tipo de comportamento começava nas consultas das grávidas, onde tentávamos incutir-lhe qual o papel de pai e de mãe e que lidar com crianças exigia uma aprendizagem que nós aprendemos com os avós, com os nossos pais, mas que nem sempre aprendemos da melhor maneira e, o mundo está a mudar e tentamos que as senhoras aprendessem essa diferença de criação, de geração para geração.

Por vezes trabalhamos com muitos anos de pouca cultura, porque a educação é pobre. As vezes as pessoas têm muita motivação para tratar bem os seus filhos, mas não tinham conhecimentos para isso. Este aspecto é sobretudo importante nas mães mais novas, para possuírem

argumentos para os maridos, para os avós, para os vizinhos sobre maneiras de lidarem com as crianças de uma forma diferente, seja em relação à alimentação que lhes davam, seja em relação ao acompanhamento ,percepção de que as crianças estão a crescer com alguma qualidade de vida, com estimulo para a aprendizagem, sem serem batidas, nem violentadas em termos de trabalhos acrescidos e que é difícil, nos meios em que a criança é vista como uma fonte de rendimentos, porque tem uma força de trabalho. Ela conta para ir regar, conta para tomar conta dos irmãos mais novos, e isso tem de ser valorizado, tem de ser compreendido.

Encontramos muitas situações de famílias que se encontram no limiar da negligência e do mau trato, mas que apesar de mal, são as únicas que a criança tem e é nelas que temos de investir.

As nossa maiores dificuldades é que temos uma grande tendência para culpabilizar e tínhamos de fazer um esforço para que isso não acontecesse.

Tentávamos sempre evitar juízos de valor, por um lado, por outro tentamos encontrar meios de clarificar situações duvidosas. Tentávamos envolver ou familiares ou vizinhos para clarificarmos se estávamos a ter uma percepções de que havia uma situação mais agressiva de maus tratos ou se era uma impressão errada nossa. Tentamos sempre que isso seja certificado.

Acompanhávamos depois, sempre que possível a situação de perto.

Também tentávamos que a criança permanecesse junto da família. A criança, na minha perspectiva não deve ser tirada família, mas deve-se sim, ajudar-se aquela família a crescer, até que porque não existem também muitas alternativas de solução.

Para conseguirmos que isto funcionasse, tentávamos envolver alguém da rede social, para fazer determinado controle, por exemplo se a criança comia todos os dias. É claro que este aspecto foi possível porque durante uma dezena de anos as mesmas enfermeiras trabalharam as mesmas famílias., o que modificou, sem dúvida as relações de trabalho.

Nós enfermeiras, para termos um papel subtil, por vezes e mais normativo quando era necessário, sentíamos necessidade de sermos facilmente identificadas pela sociedade, como pessoas de respeito, e pessoas competentes e por isso a nossa opinião contava para saúde e para a qualidade de vida daquelas crianças. E, isso de facto acontecia.

Quando nos pedíamos a uma pessoa para tomar sentido para controlar se determinada criança ia á escola todos os dias, ou se não ia, para verem se comia ou não comia, nós tínhamos esse tipo de ajuda. Trabalhávamos no terreno, o que servia muito para contribuirmos para o crescimento do meio e da sociedade. Tentamos sobretudo não julgar as pessoas, o que as vezes era difícil, quando as situações eram gritantes. Quando havia pais que espancavam os filhos, nós tínhamos muita dificuldade em dizer e pensar que apesar de tudo aquele homem é o pai. É difícil.

Tinha de haver uma certa noção dos limites e por vezes tínhamos de intervir, sobretudo em algumas famílias, mas sempre com muita cautela, porque eram os pais e mães que eles tinham.

A nossa actuação eram tentar fazer com que essa família melhorasse

Muitos dos maus tratos tinham a ver com problemas de alcoolismo, portanto em muitos casos conseguimos que as pessoas fizessem tratamentos de recuperação, porque isso interferia decisivamente na agressividade essencialmente dos pais, mas também das mães. Interferia também na falta de paciência.

O nosso papel essencial e darmo-nos a conhecer, as famílias dessa zona onde trabalhamos. Somos um profissional que esta lá e que tem a obrigação e competência para ser usado. É um recurso importante para as famílias.

QUARTA ENTREVISTA

Enfermeira: Uma situação de maus tratos que me marcou, foi a primeira ou uma das primeiras situações com que me deparei. Foi o caso de um bebé lactente, com várias assaduras a nível dos genitais e que não aumentava de peso, porque a mãe não tinha dinheiro para comprar leite e deixou secar o leite materno. Esse caso fez-me muita confusão, porque no serviço de pediatria e Obstetrícia já se tinham apercebido da situação precária da mãe e, por falta de comunicação inter-instituicional, aliada as condições familiares foi-se agravando o estado desta criança.

O nosso comportamento e atitude perante este caso, foi: na primeira consulta, fornecemos o suporte teórico de como tratar melhor, como cuidar melhor aquela criança a fim de resolver a sua situação física e prevenir o agravamento. Comunicamos também com a assistente social para poder providenciar um apoio monetário para o leite, que se concretizou com a sua compra directamente na farmácia e as despesas suportadas pela assistente social.

Paralelamente começámos a fazer vigilância no domicilio relativamente aos cuidados da criança.

À posteriori, verificamos que havia leite, as assaduras tinham melhorado, mas surgiu a gastrenterite, devida á falta de cuidado da mãe , relativamente a sua higiene .Foi então necessário recorrer ao internamento para a criança ganhar peso .

Na pediatria foi novamente reforçado o suporte teórico relativamente aos cuidados físicos e afectivos que a criança exigia. Esta situação manteve-se durante algum tempo, até que sentimos necessidade de envolver também o pai.

Pedimos-lhe que viesse a consulta. O pai referiu que a situação devia-se essencialmente a um certa atraso relativamente à mãe da criança e sobretudo a uma certa tensão familiar resultante de uma incompatibilidade da avó paterna relativamente ao casal.

Após estudo do caso, chegamos à conclusão que a avó tinha de tomar partido no acompanhamento daquela criança, sobretudo supervisionando s cuidados prestados. à criança.

Depois deste pedido e o envolvimento da avó, a criança começou a desenvolver-se, mais ou menos harmoniosamente, porque aquela falência em termos de cuidados nos dois primeiros meses foram demasiado conturbantes para ela.

Entrevistador: No decurso da vossa actuação que sentimentos foram aparecendo em vós?

Enfermeira: Em principio um sentimento grande de tristeza e de frustração, pela ausência do instinto maternal revelado nesta mulher. A falta de interesse, de carinho que ela manifestava magoavam-me. A pesar sentia também tristeza pela pouca capacidade psicológicas e intelectuais de certas mães, como esta, aliada à pobreza de espirito, que condicionam estas situações.

Depois estes acontecimentos, levaram-me a reflectir no comportamento que deveria tomar face a estes pais e perante situações aparentemente simples mas que se podem vir a revelar terríveis para as crianças e para as próprias famílias.

Cheguei à conclusão que não devemos marginalizar de todo, estes jovens casais , estas famílias, mas sim, ajuda-los, dando-lhes incentivos para que possam vir a melhorar.

Por vezes é frustrante, mas se nós não desistirmos, eles conseguem. A família deve também ser envolvida. Foi o que passou neste caso que citei e que resultou bem, servindo-me de guia para a minha conduta como profissional.

A tristeza inicialmente sentida não me deu possibilidade que sentisse desânimo ou desalento, antes motivou-me para ajudar .E, é neste sentido que não devemos fazer julgamento de valores, marginalizar ou descriminar este tipo de famílias. Devemos é ter consciência que este tipo de famílias existe e que nós existimos também para as ajudar. Devemos é, mais do que as acusar pela demissão dos seus papeis , devemos mostrar-lhe que estamos ali para as ajudar, para lhe mostrar a nossa disponibilidade, no sentido de as ouvirmos e de tentar resolver as suas dificuldades.

Entrevistador: Nessa perspectiva, qual achas que deve ser o papel dos enfermeiros, na resolução de casos mais complicados?

Enfermeira: Em determinadas situações, para além do que referi, é necessário ter coragem para fazer a denuncia. Apelar para os tribunais de menores, como em situações de violações e maus tratos físicos evidentes.

Claro que a enfermeira, não tem acesso directo ao Juiz de Menores. Daí ser muito importante o trabalho inter-disciplinar, em que a assistente social tem desempenha papel importante.

Por vezes não temos provas concretas, mas temos acesso ao meio onde existem essas provas. Daí o nosso papel importante no acompanhamento dessas situações.

Entrevistador: Do resultado de reflexão que referenciou, no inicio, depois desta sua experiência observou mudanças em si, ou no seu comportamento?

Enfermeira: Sim. De facto cheguei à conclusão que os maus tratos e/ou a negligência existem. São uma realidade que nos toca de perto. Temos é que estar atentos, porque a minha experiência vai-me dizendo que por vezes os subterfúgios para as esconder são tantos que realmente só o nosso olhar atento os podem descobrir ou revelar.

Para isso, sobretudo nos mais pequenos temos que estar atentos ao modo como se desenvolvem, ou não. A curva de percentis é um indicador excelente, e por si só ,ás vezes são denunciantes e reveladores.

Depois a nossa relação com os pais, com a família completa o quadro das situações de risco que podem acontecer.

O papel de enfermagem, é estar alerta, atento e sobretudo ajudar sempre, essencialmente a integrar as famílias, compreender os motivos e ajudar a ter atitudes e comportamentos mais dignos.

Entrevistador: Acha que nesta altura os enfermeiros estão em posição para poderem desempenhar esse papel?

Enfermeira: Sim. É só quererem. Eu acho que a nossa actuação , neste contexto de maus tratos, se resume a: Querer, estar atento, organizar e estruturar as acções. Se conseguirmos esta atitude conseguimos combater ou minimizar este tipo de coisas.

Devemos também evitar emitir juízos de valor, critica destrutiva directamente aos pais , porque através da negação nunca podemos obter a motivação, precisamos essencialmente de entende-los e aceita-los como são , transmitir-lhe a imagem de que gostamos deles, de que estamos ali e sobretudo estamos receptivos para os ajudar.

Quando os aceitamos, tal e qual como são e estabelecemos relação de empatia, estamos em condições de fazer algo por eles e ajuda-los a crescer, em família, como um todo.

Penso que a criança estará melhor na família que a gerou. Como tal, se algo está a falhar na família, é lá que deveremos actuar. Então a família terá que ser educada para que consiga responder aos objectivos para os quais está vocacionada. Isto porque por vezes, eles maltratam fruto de circunstâncias dais quais eles são também vitimas.

QUINTA ENTREVISTA

Enfermeira: Dos muitos casos com que já me deparei, em situações de maus tratos, a situação que mais me chocou até hoje, foi a de uma criança que frequentava uma escola primária aqui do distrito e cujo seguimento foi solicitado pelo professora, que me contactou e me pediu ajuda.

Era uma menina de oito anos, filha de uma prostituta, e, havia suspeitas de que a criança estivesse a ser vitima de maus tratos, por parte dos companheiros da mãe.

Contactei a assistente social. O que conseguimos mais rápido e que pensamos que seria o melhor, foi colocar a criança em casa da avó, desconhecendo nós à priori quais as condições habitacionais da avó.

Descobrimos posteriormente que a casa da avó, era também degradante. A casa não tinha telhado, cozinhavam na sala , e era no meio da mesma que acendiam o lume.

A criança deixou então de ser, pensávamos nós, maltratada pela mãe e seus companheiros e passou a ser maltratada pela avó.

Ao pensarmos que melhorávamos a sua situação apenas modificamos o seu ambiente e a pessoa que maltratava, que deixaram de ser os companheiros da mãe para passar a ser a avó.

O que mais me chamou a atenção e mais me magoou, foi o seu comportamento: Ela fazia um circulo no chão, na terra com um pau e metia-se lá dentro. Não saía de lá enquanto estávamos presentes.

Na escola, rejeitava as outras crianças e tinha um comportamento agressivo.

No inicio, rejeitava-me também a mim. Depois fui estabelecendo com ela uma relação afectiva e foi-me aceitando.

Pensámos depois noutra alternativa e surgiu-nos a aldeia SOS, mas falámos com a avó e ela não deixou. Não conseguimos. Só através de uma acção judicial é que teríamos essa possibilidade, mas não tínhamos provas concretas.

Provas físicas tínhamos e eram evidentes, mas nunca tínhamos visto.

Sabíamos também do seu comportamento na escola e , mesmo connosco, tudo nos levava a crer que sim, mas não passava tudo de suspeitas , que nós acreditávamos serem reais.

Face a isto, tentámos cuidar desta criança. Arranjámo-lhe um médico de família e encaminhámo-la para uma consulta de desenvolvimento.

A criança reagiu muito mal, porque a figura do médico era masculina e ela não conseguiu relacionar-se com ele, porque lhe fazia lembrar os acompanhantes da mãe. Mudamos-lhe então as consultas para uma médica, à qual ela reagiu favoravelmente, aceitou-a e depois foi encaminhada para as consultas de desenvolvimento.

Foi uma situação complicada, porque depois soubemos que havia uma luta entre a avó materna e a avó paterna, que vivia com o pai da criança; pela sua posse. Pensamos que seria bom, mas fomos alertados pelas vizinhas, que nos referiram haver também suspeitas de que o pai também lhe batia, porque pensava que ela era filha, não dele mas de algum companheiro ocasional da mãe.

No nosso país isto é uma grande tristeza. Isto só se resolvia em tribunal. Mas, eram precisas provas e essas nós não tínhamos.

As vizinhas essas, queixavam-se e acusavam os maus tratos. Mas, quando lhe falamos em tribunal negaram logo e disseram que nem pensar queriam problemas com eles.

A professora, referiu também não querer problemas. E, o caso ficava assim.

Tentei então resolver a coisa de outro modo. A criança ficara com a avó, onde estava.Com o apoio da assistente social, arranjou-se um subsídio para a avó, que se queixava não ter dinheiro, por isso viviam naquela situação.

Tentamos o apoio de todos os filhos da senhora para arranjar a casa.

Eu, com algum dinheiro que conseguia arranjar, comprava-lhe roupa, leite e outras coisas. As farinhas lácteas que conseguia arranjar aqui no Centro de Saúde, também as levava para ela.

Como a avó começou a vir aqui ao Centro pedir-me directamente coisas, tentei arranjar uma colecta de coisas para obter roupa, calçado, etc.

Depois tive de concluir que não podia entrar nesse campo da ajuda directa à avó porque ela vinha sempre aqui , andava sempre a pedir-me coisas a mim.

Deparamo-nos entretanto com outro problema. Foi a integração da Ana na escola, porque o

professor tinha mudado e agora era um professor e ela reagiu muito mal. Pedimos então apoio a uma professora do ensino especial que lhe começou a dar apoio e resolveu-se a situação. Ela aceitou-a, e começou novamente a integrar-se e a ter confiança.

Quando pensamos que as coisas se estavam a resolver, perdemos o contacto com a criança. Nesta altura, não sei onde está.

Fomos novamente alertados pela professora, que nos referiu que a menina estava a faltar á escola.

Fomos novamente ter com a avó, que nos contou que a mãe a tinha ido buscar e que se tinha ido embora, não sabia para onde.

Perdemos-lhe o contacto. Não sabemos nada dela.

Pedimos à avó que apresentasse queixa, mas referiu apenas que era o melhor que lhe tinha acontecido, a ela, foi a criança ter ido embora.

Entrevistador: Quando tomou contacto com o caso e quase confirmou as sus suspeitas, o que sentiu?

Enfermeira: Uma revolta muito grande. A primeira coisa que tive vontade de fazer, foi trazê-la comigo.

Eu não tenho filhos e, possuo uma situação financeira e familiar que me permitia oferecer-lhe uma vida melhor.

Depois de avó não ter consentido o sua colocação numa aldeia S.O.S., tentei trazê-la para minha casa. Não conseguia conformar-me com a situação daquela criança. Falei com o meu marido e tentamos os dois traze-la para nossa casa.

Falei novamente com a avó e propus-lhe ficar como tutora da criança.

Isto porque eu dediquei muito carinho à Ana, ao ver a sua situação. Ela começou também a ligar-se a mim, a ter confiança em mim. Já falava comigo, contava-me coisinhas dela.(No inicio ela não falava com ninguém. Na escola inicialmente até pensavam que não sabia falar).

Pedi a opinião da professora, que ficou encantada

A avó, claro recusou só aceitava se fosse para a criança continuar em casa dela e eu era tutora e sustentava-a. Recusei.

Entrevistador: Quando a criança estabeleceu consigo essa relação de confiança, o que sentiu?

Enfermeira: Senti que o meu instinto maternal se sobrepunha ao meu dever profissional. Deixei de pensar como enfermeira para pensar como seria se fosse mãe daquela criança.

Senti muita revolta, porque assisti a uma luta de adultos e sobretudo a uma guerra entre pai e mãe, e cuja maior vitima era uma criança, pela qual eu não podia fazer nada.

Tentei protege-la, retira-la dali, mas não consegui.

Entrevistador: Este caso que refere tê-la marcado muito, alterou algo em si, relativamente ao seu comportamento, à posteriori?

Enfermeira: Mudou Sim. Sobretudo na minha actividade profissional. A partir desse momento, em que me empenhei de corpo e alma e não consegui resolver nada, sempre que me deparo com um caso novo, fico sempre de pé atras.

Ajudo sim, mas chega a um ponto em que não podemos "*remar contra a maré*".

Agora sei que não posso levar todas as crianças para a minha casa.

Entrevistador: Isso quer dizer que ficou desmotivada**?**

Enfermeira: Não isso quer dizer que tento não me envolver tanto. Luto até onde posso, mas percebi que só podemos ajudar quando as pessoas querem ser ajudadas.

Entrevistador: Desenvolveu mecanismos de defesa**?**

Enfermeira: Sim, Sim.

Entrevistador: Então a sua impotência perante a resolução de alguns casos condiciona o seu comportamento.

Enfermeira: Sim, isso mesmo.

Tento resolver os casos, com muito empenho mas tento também não me envolver demasiado.

Primeiro porque temos de remar contra tudo e contra todos; contra o Sistema, contra os adultos que maltratam, e que nos aparecem sempre como vitimas: a criança é que caiu, a criança é que mente, é uma mentirosa...

Tudo isto me magoa muito, e é sempre mito difícil de resolver. Surgem os mecanismos de defesa, porque vemos que é difícil e, nem sempre conseguimos resolver...

SEXTA ENTREVISTA

Enfermeira: De todos os casos com que já me deparei, ao longo de todo o meu percurso profissional, o que mais me marcou , foi o primeiro.

Um dia, estava de serviço, no posto médico e apareceram-me três crianças, todos irmãos, com várias escoriações. Uma delas, a mais pequena tinha oito meses. Tinham sido vitimas de agressão física por parte de um pai alcoólico. Eu, quando comecei a efectuar o tratamento não sabia o motivo, nem desconfiava do que se pudesse tratar. Pensava que pudesse ser tudo menos o que de facto era.

Os mais pequenos, estavam assustados, mas como não falavam, era difícil perceber o porquê, reparei apenas que estavam magoados.

Porem, a mais velhinha despertou-me a atenção. Sem perceber bem porquê senti muita pena dela. Chorava muito e não falava. As suas lágrimas e o seu silêncio disseram-me que escondia algo.

Demonstrava falta de confiança, medo de tudo e de todos. Senti-me impotente sem saber como poderia aproximar-me dela sem a assustar ainda mais, porque o seu silêncio e o seu comportamento de medo diziam-me que algo de errado lhe tinha acontecido, e que tudo aquilo não era normal. Depois tudo se esclareceu. Afinal, o que não era normal, foi o mau trato de que foi vitima.: O pai tinha-a agredido com um vaso de flores, grande. O resultado foi uma ferida enorme, que resultou numa sutura também enorme.

Senti uma vontade imensa de a ajudar, mas, não sabia muito bem como.

Entrevistador: O que fez então?

Enfermeira: Primeiro, tentei aproximar-me dela, com cuidado, para ela não se assustar.

Perguntei-lhe o que tinha acontecido. Não me respondeu. Foi a mãe que contou.

Depois falei com ela sozinha. E disse-lhe para não ter medo de mim, porque eu só queria ser amiga dela, só queria ajuda-la.

Ela olhava-me, mas não falava.

Disse-lhe , em seguida que quando ela voltasse para fazer o penso poderíamos conversar melhor e quando ela voltasse eu iria arranjar uma senhora que também a queria ajudar (referia-me à assistente social). Aí, ela reagiu, e disse que não queria lá ninguém."- Eu só quero que seja a senhora enfermeira a fazer-me o penso e que me trate muito bem, que não me faça doer", disse-me ela.

Respondi-lhe que se eu pedisse ajuda a alguém , o pai dela não lhe voltava a fazer o mesmo.

"_ Mas ele não me volta a fazer mais. Coitado , ele só fez porque estava bêbado", respondeu-me ela.

Fui depois fazer-lhe os pensos no domicilio. Pensei que lá seria melhor, pois poderia observar e ver as coisas de maneira diferente.

Quando já estava integrada e vi que me aceitavam melhor, comecei a levar a Assistente Social comigo.

Descobrimos então, que a criança de oito meses ficava o todo o dia em casa sozinha. A mãe trabalhava numa fábrica. Às oito horas dava-lhe o leite e ia trabalhar .A menina ficava sozinha até a hora do almoço, que era quando os outros irmãos vinham da escola e a mais velhinha lhe dava a papa e lhe mudava a fralda. Depois ficava novamente sozinha até à tarde, que era quando vinham novamente da escola. A mãe só vinha à noite, da fábrica. O pai, esse não fazia nada. Ia para a taberna e gastava o dinheiro.

Perante aquilo que encontrei, pedi apoio à Assistente social, que conseguiu primeiro uma colocação num infantário para a bebé. Pediu depois um horário de trabalho diferente para a mãe, a fim de dar mais apoio aos outros dois filhos , mas isso ele recusou, porque diminuía o ordenado e ela necessitava do dinheiro. Deram-lhe também ajuda, em roupas.

O marido recebeu apoio médico e de enfermagem para fazer cura de desintoxicação alcoólica .Parece que está a resultar, porque quase há um ano que não bebe.

Entrevistador: Que sentimentos despertou em si esta experiência'

Enfermeira: O que senti, foi pena das crianças, pelo sofrimento e pela vergonha por tudo o

que estavam a passar .Mas bem mais forte, foi uma revolta grande por tudo.

Entrevistador: Porquê?

Enfermeira: Porque a maioria dos casos que presenciei e muito em particular este que foi o primeiro, estão associados ao consumo de álcool por parte de um dos progenitores. Não são intencionais tal como nós entendemos a intencionalidade. Não são conscientes. Acontecem porque há factores precipitantes para...

Os pais são consumidores esporádicos ou habituais de álcool e é um dos factores que , de acordo com a minha experiência , e nesta região condiciona o aparecimento de maus tratos, desde a negligência, até casos mais duros, de violência física.

Houve um aspecto, que depois, durante o meu desempenho profissional pude verificar e até que comecei a detectar os primeiros casos nunca tinha percebido. É que em relação aos progenitores, que têm aquelas normas e regras educativas excessivas e inadequadas que os seus pais já tinham antigamente.

Referiam e referem constantemente que também eles já levaram *"porrada"* do pai bêbado e que não lhes fez mal. Então parece-me que, consciente ou inconscientemente fazem os mesmo aos filhos.

Talvez por isso tenham dificuldade em perceber o limite entre educação e maus tratos.

Temos crianças com nove ou dez anos, que são obrigadas a deixar a escola e irem trabalhar, para ajudarem a sustentar a casa .

Tudo isto me deixa magoada, e com muita revolta, ao mesmo tempo que me sinto incapaz, porque de certo modo entendo também aquela famílias. São carentes e necessitam de apoio.

Neste, como em muitos outros, a criança revela, mais talvez que a dor física, revolta e vergonha. Nem se queixam, de que lhes dói isto ou aquilo. Têm vergonha e dizem por vezes :"Tenho vergonha. O que dirão os meus amigos quando souberem que foi o meu pai? Não diga nada a ninguém".

Quem acaba por confessar é a mãe., que num momento de revolta e/ou desespero conta o martírio que tem em casa, relativamente à brutalização dos filhos por parte do marido completamente bêbado, ou mesmo dela também. Revelam sentimentos de culpa, auto-piedade..."Eu é que sou a culpada...Vi que ele estava naquele estado e deveria ter metido os garotos na cama!

Isto são as leis de um lar alcoólico...

Entrevistador: O que faz então para os ajudar?

Enfermeira: Nós enfermeiros de Saúde Pública, devemos ter uma actuação directa, a nível da comunidade, mas como deve ser feita...

A minha conduta, a partir deste momento em que detectei este caso, foi completamente diferente.

Sem querer, tornei-me hiper sensível. Houve até uma fase má, porque comecei a exagerar. Via maus tratos, em todas as famílias, e na maioria dos casos nem eram.

Estava tão magoada com o que tinha encontrado, que foi muito complicado.

Primeiro era muito nova, tinha começado há pouco tempo a trabalhar, e era uma comunidade difícil. Sofri muito.

Então senti necessidade de ultrapassar isso. Para tal tinha que ter conhecimentos acerca do que eram maus tratos e quais os factores de risco neles envolvidos.

Senti necessidade de me preparar.

Debrucei-me sobre o assunto. Estudei bastante para assim saber diferenciar os casos.

Comecei depois a trabalhar para sensibilizar a equipa, no sentido da detecção precoce. Tentamos fazer a ligação entre todas as equipas do Sector, porque trabalhamos com áreas geográficas.

Já não queria trabalhar sozinha, senti necessidade de partilhar os meus sentimentos, com os outros, para que fossemos todos a resolver os casos.

Depois de discutirmos em equipa, traçamos planos de acção, definimos estratégias, a partir do momento em que detectamos famílias de risco.

Esta detecção passa por vezes pela simples consulta de fichas piloto, onde encontramos famílias com vários factores de risco.

Quando isto acontece, faço logo que possível uma Visita Domiciliária. Não planeava, nem

planeio. apareço de surpresa. Se existe algo que me deixa suspeita, entro logo em contacto com os restantes membros da equipa, que envolve desde a professora, médico, até ao simples vizinho, porque são pessoas que estão intimamente relacionados com a criança e entre todos tentamos fazer um plano de acção.

Defendo também que a criança não deve ser retirada da família, porque se hoje o pai bate, amanha está sóbrio, e pode compensar a criança. Da minha experiência, vejo frequentemente que se perguntarmos as crianças vitimas de agressão se querem sair de casa, são raríssimas as que manifestam esse desejo. Sou apologista de que se a criança não deve ser mantida num ambiente desfavorável, e por outro lado não deve sair de casa, não nos resta senão ajudar a recuperar a família.

Não sou por isso defensora do "Salvemos as crianças", sou defensora sim do "Ajudemos as famílias". Para o fazermos, podemos aproveitar todos os momentos, que vão desde as consultas Pré Natais, em que a mãe está mais sensível, passando pelas consultas de Saúde Infantil, quando o pai vem buscar os preservativos ou a pílula, quando vêm levar a vacina do tétano, etc. É quando os apanhamos mais e eles estão mais receptivos. não devemos esquecer, como já referi toda a rede Inter sectorial: Escolas, Fábricas, Infantários; Instituições de solidariedade Social; etc.

Então, quando detectamos os casos, actuamos no momento, de acordo com o que encontramos e encaminhamos o caso para a assistente social, que depois acompanha o processo.

A Assistente social é uma pedra fundamental, neste processo, porque é um elo de ligação entre a comunidade, a equipa e a parte judicial, já que nós enfermeiros não temos acesso directo a essa parte. È pena...

Depois, temos de pensar nos outros todos. Tentamos dar cobertura e apoio a nível de infantário e saúde escolar

Penso que a nossa actuação, como enfermeiros de Saúde Pública deve ser orientada essencialmente para a prevenção

E, se houvesse actuação eficaz na área da Saúde Pública, muitos destes aspectos poder-se-iam resolver. Ou melhor, se houvesse por parte dos enfermeiros conhecimentos acerca do que são os maus tratos infantis, e conhecimento profundo da comunidade onde trabalhamos, muitos destes casos seriam prontamente resolvidos, ou nem sequer chegariam á aparecer.

È certo que há casos difíceis, mas a grande maioria tem resolução mais ou menos fácil, se houver vontade e conhecimentos. Assim, uns resolvem-se outros não.

SÉTIMA ENTREVISTA

Enfermeira: Durante a minha experiência profissional já me deparei com inúmeras situações de crianças vitimas de maus tratos, embora muitas delas não passassem de suspeitas.

Esta é uma região que se proporciona a perpetuação de maus tratos, sobretudo por negligência.

São pessoas pobres, sem formação e com carências a vários níveis.

Contudo, de tantas situações difíceis que já encontrei, a que mais me marcou, aconteceu há mais ou menos cinco anos. E, marcou-me sobretudo pelo contexto que a envolveu.

Era um menino de cinco anos que veio ao SAP, porque estava a vomitar. Tinha leucemia e tinha feito um ciclo de quimioterapia em Coimbra. Apresentava uma figura muito débil, muito frágil, muito desnutrido. A palidez facial dele até incomodava. Os olhos eram grandes, pretos, mas muito encovados.

Estava com um aspecto tão doente e tão triste que nos incomodava só de olhar para ele. O seu mau estar era visível.

Vinha acompanhado pelos pais. Os dois apresentavam um aspecto pobre.

Colocamos a criança numa cama e tentamos dar-lhe carinho e confiança pois estava muito assustado.

A médica que estava de serviço explicou aos pais a situação. A criança, porque estava muito débil necessitava de ficar internada

O que se passou a seguir deixou-nos horrorizados.

O menino quando ouviu que tinha que ficar, começou a chorar. Era apenas um gemido, porque parecia que já nem forças tinha para mais. Olhava para os pais à espera de ajuda.
Porém a ajuda não chegou.

A mãe com o ar mais indiferente do mundo virou-lhe as costas e disse que tinha de ir tratar das vacas. Nem sequer o olhou. Saiu para o corredor.

Nós nem queríamos acreditar que aquilo fosse real. O menino ficou em pânico...

Fomos todos atras da mãe e argumentávamos que a criança precisava dela, porque necessitava de estar tranquila, precisava de carinho, etc, etc. Mas, todos os nossos esforço foram em vão...Não fico, porque tenho de ir ordenhar as vacas...

Nós olhávamos para o menino que estava a ouvir e que entretanto, já se calara. Ficou deitado na cama, encolhido sobre si mesmo, já nem gemia.

Ficamos todos em estado de choque...

O pai, humilde, tentou argumentar que era melhor para o Rui que ela ficasse. Mas perante esta insistência ela disse apenas: Era o que me fazia falta...Fica tu se quiseres.

Entrevistador: Perante a situação, o que sentiu?

Enfermeira: Não dá para descrever o que senti.

Pena, revolta. Deu-me vontade de esbofetear aquela mulher, tão insensível, tão desumana. Pensei em como classificar o que estava a acontecer.

Seriam maus tratos? Não sei se algum compêndio assim os descreve, mas a dor que aquela mãe causou naquela criança certamente seria mais do que maus tratos...Os seus olhos quase parados no espaço descreveram bem a desilusão, o medo e sei lá que mais lhe deixou marcado no seu intimo.

O que levaria alguém a fazer tamanha barbaridade com uma criança? Ainda hoje me pergunto isso a mim própria.

Seria também uma reacção de defesa, por não suportar ver o filho em tamanho sofrimento? Ou seria apenas uma questão de prioridades? Podia ser ainda um mecanismo de sobrevivência...As vacas é que sustentavam a casa...Mas, fosse o que fosse, nada desculpabiliza o que aquela criança deve ter sentido.

Nesse dia, que por acaso era véspera da Páscoa, todos choramos naquele serviço. Uns abertamente, outros de um modo mais discreto, mas que os olhos vermelhos acabaram por revelar...

Sentimo-nos todos impotentes. Queríamos ajudar, mas nem sabíamos como. Viramo-nos todos para o pai, que num ar tão desalentado se virou para o menino e disse: Eu fico Rui...E ficou.

O menino, penso que já morreu, contudo ficou em todos nós um sentimento profundo de incapacidade, de dor e de pena.

Incapacidade porque nada podíamos fazer para obrigar aquela mãe a mudar o seu modo de ver o mundo.

De dor porque se tratava de uma criança, que remetida á sua posição de dependência, estava sobretudo fragilizada pela doença.

De pena, por tudo o que se estava a passar e que nos envolvia a todos, fazendo-nos questionar acerca da nossa pequenez perante situações tão difíceis.

Entrevistador: O que fizeram?

Enfermeira: Pouca coisa, de facto. A única coisa, que pudemos realmente fazer, para além do tratamento prescrito, foi dar-lhe mimo.

Todos os nossos valores mais profundos e mais humanos, ficaram latentes e à disposição daquela criança. Tentamos cuidar dele como se fosse único e o nosso bem mais
Precioso.

O feed-back, nunca o tivemos, porque o menino continuou triste e com olhar parado.

Durante o seu curto internamento, tentamos várias vezes a aproximação, inclusive brincar com ele, mas nada resultou.

Devia estar demasiado ferido no seu intimo. Para além da dor e mau estado físico, era evidente o seu sofrimento emocional. Até com o pai era reservado, embora o seu olhar fosse diferente quando ele lhe falava.

Foi uma situação muito difícil...

Entrevistador: Esse caso modificou de algum modo o seu comportamento futuro?

Enfermeiro: Este caso fez-me reflectir acerca de inúmeras situações semelhantes, que eventualmente haverá.

Hoje passado tanto tempo, ainda me questiono acerca deste caso.

Pergunto-me acerca das verdadeiras razões que levarão os pais a agir assim e pergunto-me como é possível certas crianças sobreviverem em situações tão difíceis, e em termos emocionais que marcas lhe deixarão?

Fica-me porém a certeza de uma impotência muito grande, ao saber que muito pouca posso fazer...

OITAVA ENTREVISTA

Enfermeira: Dos vários casos que tive contacto a nível de negligência e maus tratos, lembro-me de um que me magoou muito. Tratava-se de uma criança de alguns meses, que sofreu maus tratos físicos por parte de ,mãe, que era uma adolescente de quinze anos, que estava a viver maritalmente com um indivíduo, mais velho.

A criança a que me refiro, era uma menina de seis meses que durante as consultas(quando vinha) demonstrava má evolução estato ponderal.

Esta criança tinha tido já vários internamentos em pediatria, exactamente por má evolução estato ponderal. Durante os internamentos, ganhava peso, tornava-se mais sorridente e ficava bem.

Devido as frequentes recaídas, fizemos algumas visitas domiciliárias e verificamos que o ambiente em que viviam deixava muito a desejar, sobretudo o comportamento da mãe perante a filha que era de total indiferença, para não falarmos das más condições físicas e de higiene em que viviam.

Falamos com os familiares da mãe da criança mas nada de concreto nos disseram. O mesmo se passou com os vizinhos, que apenas deixaram no ar as dúvidas acerca do comportamento da mãe para com a menina.

Contactamos a assistente social, que também nos acompanhou durante as visitas desenvolveu os tramites legais junto do tribunal, no sentido de resolução daquela situação por nos parecer que algo de grave se estaria a passar.

Foi um caso que me marcou muito, pelo risco que pairava sobre aquela criança e pela pouca coisa que podia fazer para ajudar ou para resolver a situação. A mãe apresentava uma indiferença quase total pela menina e quando era confrontada com isso, mostrava uma simpatia e um carinho que eram demasiado intensos para serem reais. Mesmo durante os internamentos em pediatria, era notada pela sua ausência. Apenas ia lá de vez em quando e eram visitas breves.

De facto o que temíamos aconteceu. Um dia chegou ao serviço, em morte aparente. As análises efectuadas revelavam valores séricos completamente anormais. Desconfiamos que a criança tivesse ingerido algum veneno., mas nada sabemos exactamente.

Foi reanimada e ainda foi para Coimbra, mas acabou por falecer nessa noite. Não sei o que aconteceu depois, porém sei que já não é a primeira vez que a morosidade do sistema legal, associada a complexidade destes casos tem consequências como estas. Acho que se deveria ter agido de outra maneira e mais rápido, pois assim teríamos poupado uma vida.

Este caso foi para mim muito difícil, porque não posso ter filhos e estas situações chocam-me muito.

Eu envolvo-me muito nestes casos, porque gosto muito de crianças. Alguns chego mesmo a leva-los para casa. Eu acho que Deus deu nozes a quem não tem dentes. É uma injustiça, alguém gostar tanto de crianças, não as poder Ter e assistir a estas situações sem nada poder fazer de concreto.

Eu não me importava de ter ficado com esta criança. Inclusive, falei até com a assistente social nesse sentido: Se o tribunal decidisse tirar a menina aos pais, eu ficaria com ela.

Quando recebi a noticia da sua morte, eu não estava de serviço e ainda bem, pois não sei como teria reagido, perante a minha revolta e frustração.

Ainda hoje não sei o resultado da autópsia...

Eu tinha tanto para lhe dar como pai...

É pena não termos mais autonomia e poder legal para podermos actuar rapidamente, em casos de suspeita. Este processo foi muito demorado. Passou muito tempo entre a primeira denuncia e a decisão do tribunal, que não chegou a ser efectivada.

Foi internada no hospital três ou quatro vezes, sempre com suspeita de maus tratos e ou negligência, até que morreu sem nada ser feito.

Não dá para descrever em palavras a tristeza e revolta que sinto ao me lembrar disto.

É que...Eu podia Ter ficado com ela.

Esta experiência foi para mim muito dolorosa.

Entendo que nós, enfermeiros de Cuidados de saúde Primários, estamos bem posicionados para a detecção destas situações. Contudo, entendo também que pouco ou nada podemos fazer de concreto, porque ou não há provas, ou quando as há os processos são muito morosos e na maioria das vezes não se resolvem.

Não quero com isto dizer que todas as crianças devem ser retiradas aos pais, antes pelo contrário. Os filhos devem ficar na sua família. O que quero dizer sim, é que em situações de risco se deveria actuar rapidamente e serem criadas condições e soluções alternativas para o encaminhamento das situações, minimizando os riscos que envolvem as crianças e assegurando também a sua qualidade de vida.

NONA ENTREVISTA

Enfermeira: Tenho-me deparado ao longo do meu percurso profissional, com inúmeras situações de maus tratos, de várias etiologias, umas suspeitas outras confirmadas.

Mas acho também que é proporcional, na zona geográfica onde eu trabalho, porque aqui existem muitas dificuldades de sobrevivência, analfabetismo, alcoolismo e, então os casos são muito frequentes.

São inúmeras as histórias mal contadas de quedas ou outros episódios que os pais contam e que por vezes são demasiado evidentes para serem verdadeiras.

Desde já sinto revolta e um grande sentimento de impotência porque são muitos casos e quase nunca podemos fazer nada. Geralmente tratamos a situação imediata, mas sabemos que subjacente existem muitas coisas que nós não podemos resolver, seja por falta de recursos, vontade ou conhecimento.

A assistente social, tem também muitos casos para resolver e nem sempre pode estar presente quando dela necessitamos. Então, são os casos que se arrastam, são as situações que se repetem. São crianças que faltam à escola, porque os pais se esqueceram de as mandar, ou porque têm de ficar a tomar conta dos irmãos, se o pai ou a mãe assim decidem.

Lembro-me de uma menina de seis anos, filha de uma mãe alcoólica.

Eu fazia parte da equipe de saúde escolar e a professora chamou-nos á atenção pelo facto de no meio do grupo esta criança se destacar pela sua introvertência e pela forma de estar. Apresentava um aspecto sujo e visivelmente descuidado. Faltava também muito as aulas.

Não temos muita possibilidade de fazer visitação domiciliaria, contudo um dia fui lá a casa, sem saberem que ia. De facto, assustou-me tanta degradação. A casa, estava rodeada de excrementos de animais que compartilhavam a habitação com os donos.

Lá dentro a desorganização e a sujidade marcavam também presença. A loiça suja estava empilhada até ao tecto.

A mãe estava completamente embriagada, caída no chão, sem o mínimo de dignidade humana.

Num outro canto, e num amontoado de roupa estava uma senhora idosa. O cheiro a urina era insuportável.

Não foi difícil fazer a análise da que será o dia a dia daquela família. Como poderia aquela criança ter um comportamento normal perante tamanha degradação e promiscuidade?

Entrei em contacto com assistente social. Falamos com o pai, que estava em Lisboa a trabalhar. Ficamos admirados perante a sua postura .Era também jovem, bem vestido e um aspecto limpo. Nada fazia prever que fazia parte daquele meio ambiente.

Quando confrontado com a situação ficou visivelmente comovido.

Após alguma relutância, confessou que tinha vergonha da família dele, que nunca aprovaram o casamento. A chorar, disse não saber como resolver a situação. Todo o dinheiro que ganhava e que lhes mandava, sabia que ia para a taberna. Estava a ver se juntava algum para poder vir para junto delas e assim poder resolver a situação.

Entrei em contacto com o responsável do grupo de recuperação de alcoólicos do distrito e, em colaboração com o marido conseguimos o seu internamento em Coimbra, para fazer recuperação. A menina, entretanto ficou à guarda de uma tia paterna que a aceitou e que se comprometeu a cuidar dela, com um subsidio da assistência social. Solicitamos também o apoio de um psicólogo para lhe dar acompanhamento.

Eu trabalhei muito neste caso, mas é muito complicado. Primeiro é preciso começar, comunicar com uma instituição, com outra, depois isto, depois aquilo...

É difícil encontrar uma porta para começar e é também difícil chegar ao fim.

Actualmente as coisas estão melhores. A mãe já regressou e não tem bebido. O pai está a tentar encontrar emprego nesta região para poder regressar e, nós estamos também tentar ajuda-lo.

Entrevistador: O que sentiu, depois da acção que desenvolveu?

Enfermeira: Fiquei com a satisfação de ter feito algo de útil por uma criança que mudou radicalmente o seu modo de vida.

Deixou-me também mais desperta para detecção precoce destas situações: por vezes uma simples falta a uma vacina pode ser importante...

Penso que é necessária mais formação dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, para estarem despertos para o despiste precoce destas situações. è fundamental também a comunicação entre os diferentes profissionais, nomeadamente entre professores, equipa de saúde.

Este caso parece ter corrido bem, contudo a maior parte das vezes as coisas não são assim.

É necessário estarmos atentos porque entendo que o enfermeiro de Saúde pública ocupa um lugar importante junto da população a sua presença discreta junto deles pode ser também vital para revelar situações difíceis, porque também frequentemente são as queixas de vizinhos ou familiares mais próximos que nos levam a suspeitar.

Porém tenho também o noção de que é muito difícil, e fico contente quando as coisas correm bem e sentimos que somos úteis a alguém, sobretudo a uma criança...

DÉCIMA ENTREVISTA

Enfermeira: Existem, nesta zona, muitos casos de maus tratos, mas essencialmente relacionados com negligência, devido a pobreza e causas sócio económicas, sobretudo alcoolismo.

De entre muitos, houve um que me deixou muito sensibilizada, essencialmente pelo desfecho.

Tratava-se de uma jovem, mãe solteira e com perturbações mentais, era oligofrénica.

Esta jovem, era filha de um homem que tinha hábitos alcoólicos e que obrigava as filhas a prostituírem-se para poder Ter mais dinheiro. As filhas mais velhas, fugiram de casa. Esta de que estou a falar, foi viver com um homem de oitenta anos, mas continuou a prostituir-se.

Num deslize, engravidou. Teve a criança, mas foi uma situação muito delicada.

Foi após o nascimento que a comecei a acompanhar. Primeiro, tivemos de lhe arranjar o enxoval para o menino, porque ela não tinha nada para vestir.

Vivia a cerca de quatro ou cinco quilómetros daqui e vinha para a vila a pé, com o menino ao colo, com frio, com chuva e mesmo neve. Até metia dó, aquela criança assim exposta.

A mãe, dava-lhe a mama, mas penso que serviria apenas de chupeta, porque se a própria mãe passava fome, como haveria de Ter leite para a criança?

Eu, fazia domicílios e apanhava-a muitas vezes nos caminhos e trazia-a para o Centro de Saúde. Como tínhamos internamentos, davamos-lhe de comer. À mãe e à criança: Esta devia de fazer muitas hipoglicémias. por vezes ficava tão hipotónico, que o víamos ressuscitar sempre que comia. *Doía-me o coração* ao olhar para esta criança.

Não tinham assistência social, nem nenhum apoio, mas também não o queriam, com medo que depois não pudesse *render na vida.*

Numa altura, pouco tempo após o nascimento da criança, convencemo-la a fazer laqueação de trompas e lá foi para o hospital da guarda.

Nessa altura, falei com o meu marido e levei o menino para minha casa.

Acho que eu, quase com cinquenta anos, deixei despertar em mim o instinto de jovem mãe.

O menino estava habituado a dormir com a mãe no chão, com a mama na boca. Foi um castigo, porque ele não conseguia dormir. Passava o tempo todo a chorar.

Para o acalmar, deitei-me também no chão e, embora sinta vergonha, tive de lhe dar a minha mama, que embora velha, o deixou muito calmo...

Ainda hoje sinto vontade de chorar ao relembrar essa imagem. Parecia um *animalzinho.*

Falamos com a directora do Centro de Saúde. Foi quando começou a linha S.O.S. Criança. E, prometeram-nos ajuda para o caso, depressa. Contudo, isso não aconteceu.

Depois, a médica pediu apoio à Procuradoria Geral da República e passados alguma meses, o Tribunal retirou a criança à mãe, colocando-a numa família de acolhimento, à qual a mãe tem acesso. Vai frequentemente visitar o filho e leva-o a passear, sem sujeitar a criança a nenhum risco.

Nessa altura eu tive um papel muito activo pediram-me a opinião e, concordei: De facto a mãe parecia-me um animal com a sua crua: gostava muito dele mas não tinha condições físicas e económicas para tratar dele.

Actualmente, sei que ela continua a prostituir-se, mas o menino está muito bem. A família de acolhimento, até mandou arranjar a casa para lhe oferecer mais condições.

Entrevistador: O que sentiu durante o processo?

Enfermeira: Sabe, ao longo de todo o tempo, senti muita dor, muita revolta, sobretudo por ver que todo o processo levava muito tempo, e que entretanto o bebé sofria e passava fome.

Nós, é claro, fazíamos o possível, mas a abordagem á mãe nem sempre era fácil.

Por vezes parecia um bicho que ainda não estava domesticado. Foi preciso muita subtileza, para lhe conquistarmos a confiança e mostrarmos que apenas queiramos ajudar, a ela e ao bebé.

Quando lhe dávamos comida, levava para casa e, todos comiam menos a criança, porque ainda não tinha poder reivindicativo.

Hoje, estou muito contente, por saber que está bem. Contente, porque no meio de toda a miséria que existe neste concelho, ainda há casos que terminam bem e nos dão alento e coragem para continuar a lutar, nem que seja apenas por salvar uma criança.

Sabe, sou também de opinião de que os filhos não devem ser retirados aos pais, mas quando isso não é possível , temos de reavaliar as situações e medir os riscos.

É por isso que a nossa actuação junto da comunidade é tão importante. Estamos do lado

deles, conhecem-nos e confiam em nós.

A nossa atitude pode ser uma arma muito poderosa, na resolução dos problemas e importante factor de mudança.

Então é também muito importante o nosso interesse, a nossa vontade e empenhamento em querer ajudar a população.

Acho que se quisermos podemos fazer muita coisa, embora saiba também que as dificuldades imperam. Porém fica sempre algo positivo...

DÉCIMA PRIMEIRA ENTREVISTA

Enfermeira: Num contexto de maus tratos infantis, houve um caso que me deixou sensibilizada.

Marcou-me essencialmente pelo sentimento de revolta que senti.

Foi um caso de dois irmãos, do sexo masculino e que foram violados pelo pai.

A situação foi relatada pela mãe, cliente habitual do Centro de Saúde. De origem humilde, simpática mas um pouco reservada.

Um dia, pediu-me se podia falar comigo e, contou-lme o caso.

Lavada em lágrimas, relatou a situação, que chocava pelos contornos de horror que assumia. A história, arrastava-se há alguns meses e era terrível só de a imaginarmos.

O pai, desde há já algum tempo violava os meninos, ao mesmo tempo que os ameaçava de morte se contassem o que se passava.

A mãe, assistia a tudo, horrorizada, mas o medo que sentia pelas ameaças do marido, impediam-na de dizer fosse o que fosse.

Porém, quando o filho mais velho, começou a Ter incontinência de fezes e começou a recusar ir a escola, com vergonha, o medo foi ultrapassado.

Contou então a História dizendo: "Prefiro que me mate do que continuar a ver os meus filhos passarem por isto tudo".

Os sentimentos que este caso me causou, não dá para serem descritos. Pensei tratar-se de um pesadelo, porém o horror e o medo que estavam estampados no rosto daquela mulher eram demasiado reais.

Perante a vontade de denunciar a situação e face à minha limitação em termos de resolução, pedi a colaboração da assistente social e da médica de família. As crianças foram encaminhadas penso que para o serviço de pediatria do hospital da Guarda a daí para o Hospital Pediátrico de Coimbra, onde foram observadas e dado o encaminhamento legal adequado.

Perdi-lhe depois o contacto, porque entretanto fui transferida. Contudo, este caso deixou em mim marcas profundas.

Primeiro questionei-me se não haveria outros casos idênticos que também nos passassem despercebidos, uma vez que este só foi detectado porque a mãe contou. Várias vezes tinha falado com a senhora, durante as suas visitas ao centro e nada nos fez desconfiar.

Depois, foram os sentimentos de revolta que senti por aquele pai. Seria no mínimo um psicopata, mas senti também vontade de o estrangular...

A única coisa que minimizou este meu estado de desânimo, foi poder pensar que de algum modo pude dar um pequeno contributo na resolução desta situação.

Fiquei contente por poder merecer a confiança do desabafo desta mulher, e que de certo modo traduziu a sua confiança em mim e no trabalho que eu certamente fui desenvolvendo junto da comunidade.

Dei-lhe também a minha disponibilidade, o meu carinho, a minha empatia. Mas, até nisso me senti impotente, e continuo a pensar se foi suficiente face às suas necessidades...

Entrevistador: Esta experiência, condicionou de algum modo a sua actuação futura?

Enfermeira: Esta experiência, ajudou-me sobretudo a reflectir acerca da problemática que são os maus tratos infantis.

Apesar de difícil, foi para mim importante e ajudou-me a estar atenta, a estar desperta no futuro, tendo em vista o despiste precoce, embora saiba que estas situações são de abordagem muito problemática.

Porém, sinto que existe ainda muita falta de informação e comunicação entre os profissionais de saúde, sobretudo deveria haver mais formação acerca deste assunto, a par de maior eficácia de acção, porque sei que estes processos , em termos legais são difíceis de resolver....

DÉCIMA SEGUNDA ENTREVISTA

Enfermeira: Relativamente ao contacto com crianças vitimas de maus tratos, já tive contacto com alguns casos, embora os casos mais frequentes sejam casos de negligência.

As etiologias são diversas e relacionam-se sobretudo com as dificuldades de vida e sobrevivência desta gente, que vive em zonas muito interiores, e por vezes muito isoladas.

Depois, são histórias que os pais relatam e que posteriormente vemos serem mentira.

Por vezes são também história simples, que servem apenas para camuflar as dificuldades existentes e que servem apenas para nos dizerem que não podem comer mais do que um prato de sopa, quando lhe façamos da introdução de novos alimentos e das necessidades alimentares das crianças, e que ultrapassam mais do que a terra lhes dá.

Reflectem apenas a pobreza e dificuldades económicas. Não há vontade explicita de fazer mal, apenas não dão porque não podem.

Contudo é também frequente estes casos aparecerem porque acima de tudo há desorganização familiar, analfabetismo, erros de educação que já vêm dos avós e que filhos e netos continuam a fazer, apenas por falta de padrões de referência: Fazem porque viram fazer ou já lhe fizeram...

Lembro-me de um caso que me marcou, pelo meu envolvimento e que reflecte bem este meu ponto de vista.

Era uma família constituída por cinco elementos: O pai, com 65 anos, a mãe com 43 e três filhos, com 9, 6 e 1, respectivamente.

O pai, era viuvo e tinha três filhos do anterior casamento, mas que não lhe falavam porque não aceitaram a relação dele com esta mulher. Pela informação dos vizinhos todos viviam bem.

O pai era a única fonte de rendimento da família. Recebia uma reforma de 48 contos por mês e trabalhava ao dia, na jorna.

Era uma família bem conhecida no Centro de Saúde, porque faltavam regularmente a todo o tipo de consultas: Saúde Infantil ,Planeamento familiar, Vacinações, etc.

Foi neste contexto que a comecei a seguir em visitas domiciliárias.

A primeira que lhe fiz, deixou-me a par do tipo de vida que poderia levar aquela gente, sobretudo aquelas crianças.

Foram todos muito simpáticos.

A casa onde viviam, resumia-se a um compartimento único, feito de blocos e subdividido em quatro divisões, feitas por placas de madeira prensada.

Não havia instalações sanitárias, não tinha luz eléctrica. Não tinha janelas, apenas umas frestas patadas com tábuas.

As divisões a que chamavam quartos não tinham camas, apenas amontoados de roupa, que aliás eram frequentes por toda a casa.

Nas paredes, estavam espalhados enchidos, típicos da região, o que conferia a toda a habitação um odor *"Sui Generis"*, que junto a tudo o resto, assumia características nauseabundas.

A cozinha dispunha apenas de um fogão, uma mesa e um alguidar cheio de loiça suja. O amontoado de coisas aí existentes não deixavam ver mais nada.

Até aqui, tudo parecia querer dizer que a pobreza era a tónica dominante desta família. Contudo, foi a nossa passagem pela divisão a que chamavam sala que nos indicou que o que realmente imperava nesta casa era o desleixo, a falta de higiene e sobretudo a falta de organização.

De facto, aquela divisão primava pela presença dos electrodomésticos. Num local, onde o saneamento básico não existia, a par com a ausência de luz eléctrica, faziam realce: Uma arca frigorifica, uma máquina de lavar roupa e uma televisão. Fiquei estupefacta. Para que serviriam tais objectos, numa casa onde a roupa suja era aos montes e onde nem sequer tinham agua ou luz para as porem a funcionar?

O que guardariam dentro da arca? Seriam roupas, cobertores? A curiosidade foi mais forte e perguntei subtilmente se podia ver o interior, argumentando que era muito bonita. A mãe então, com um ar muito natural, Mostrou-me o conteúdo: Dezenas de latas de cogumelos, que comprou no mercado, porque baratos.

Ainda não os tinham comido porque não gostavam muito...

Fiquei sem palavras!...

Virei-me depois para as crianças. Já as conhecia, mas naquele ambiente até achei que

tinham sorte, em não lhes ter acontecido nada de mal.

Os ensinos que lhe tinha feito acerca do modo de cuidar as crianças não tinham conta, contudo parecia que em nada tinham servido. A higiene oral, ali, naquele fim de mundo, e em tal ambiente, até pareceria uma charada...

Também o dinheiro, apesar de não ser muito, parecia não ser problema naquela família. Era sim a falta de tino daquela mulher, que não tinha a mínima ideia de como agir familiarmente, em termos de orientação.

Senti pena daquelas crianças. Apesar de muito sujas, eram bonitas e muito meigas. Agarravam-se a mim quando lá ia e andavam sempre a saltitar à minha volta.

Senti que não os podia abandonar e ajudar aquela família era uma prioridade, se bem que não sabia exactamente como.

Entrevistador: O que fez então?

Enfermeira: Comecei por fazer mais visitas domiciliarias. Sempre que podia, ou que por ali passasse, ia lá.

No inicio parecia não ligar muito ao que eu lhe dizia, mas depois apercebi-me que ia mudando em pequenas coisas.

O marido ficava satisfeito. Recebia-nos calorosamente e embora nunca o dissesse, apreciava a nossa ajuda. Parecia ser Sensato.

Quando comecei a ser recebida com naturalidade, chamei-lhe a atenção para a necessidade de manter a casa limpa e comprar apenas as coisas necessárias.

E, pouco ao pouco, ao fim de algum tempo, notou-se alguma diferença.

Pedimos também o apoio à Junta de Freguesia, para pedir a colocação de luz e saneamento, o que está a ser resolvido.

Pedimos também o apoio da assistente social, que arranjou um infantário para o mais pequeno, Pelo menos assim, sabíamos que as refeições seriam mais equilibradas.

Os que andavam na escola, tinham o apoio da professora, que devido as dificuldades de aprendizagem e de concentração tinha pedido o apoio de um professor do ensino especial para os ajudar.

Pedimos ainda a colaboração dos vizinhos, que inicialmente se mostraram um pouco relutantes, porque diziam que ela (a Mãe), era uma cabeça no ar e gastava tudo mal gasto. Depois, como diziam Ter pena dos filhos do marido e prontificaram-se a ajuda-lo, porque era *boa Pessoa.*

Fui-lhe ensinando a cozinhar, utilizar carne e peixe, ao que ela respondia não ser possível: come-se apenas o que há, e não há necessidade de ir comprar nada.

Aí, zangava-me, porque dinheiro havia, não havia era prioridades...

Preocupavam-me aquelas crianças e sobretudo que ela pudesse engravidar novamente. Comecei então nova luta...

Aí, era também o marido que não queria mudanças: Tinha receio de que com os comprimidos, *Ela já não prestasse,* para as relações...

Depois de muita insistência, de paciência e subtileza, lá conseguimos que colocasse o D.I.U.

Agora, continuam um pouco melhores e, continuo a dar-lhe o apoio que posso dento da minha disponibilidade.

Às vezes penso que é uma guerra perdida, mas aquelas crianças, pelas suas características ajudam-me a continuar.

Este caso, marcou-me então porque me fez ser útil, embora saiba que como este existem nesta zona centenas e que nos passam despercebidos.

Este caso, de contornos mais ou menos simples, fez-me reflectir sobre os riscos que correm estas e outras crianças em condições semelhantes e sobre os riscos a que estão expostas, sejam de saúde, acidentes domésticos, absentismo a escola e marginalização por parte dos outros miúdos, porque estão sujos e não querem estar ao pé deles.

Fez-me entender ainda a importância do enfermeiro de saúde pública.

Apesar de não termos muita autonomia, em relação à actuação e resolução destas situações em termos legais, e ser também muito difícil conseguir a resolução de casos mais complicados, a nossa actuação pode ser brilhante no âmbito da prevenção.

Muitos casos, resumem-se tal como este à má orientação e organização dos recursos e gestão familiar.

Famílias onde impera o alcoolismo, a educação é muito debilitada, as crianças crescem sem padrões de referência, ou então os que existem são muito viciados e difíceis de mudar.

Assim, fruto de inúmeros factores, também os factores de risco se vão acumulando em premissas erradas e vão passando de geração em geração, criando uma bola de neve, uma cadeia, cujas consequências se vão repercutir nos elos mais fracos, e que normalmente são as crianças.

Será então nesse sentido que entendo ser o nosso papel preponderante.

Nós, fazemos parte da população. Se formos reconhecidos como profissionais de quem eles precisam e em quem podem confiar, agem de um modo natural. Será então fácil parta nós agir, detectando e corrigindo esses erros, ao mesmo tempo que prevenimos...

Esta actuação implica contudo querer, implica conhecimentos, implica disponibilidade e implica essencialmente a abertura de canais de comunicação abertos, entre todos os profissionais de saúde e também com as autarquias.

Se, todos funcionassem em consonância, sem dúvida que as nossas crianças seriam as mais beneficiadas

ANEXO C

Significações elaboradas desde as frases sifnificativas

PRIMEIRA ENTREVISTA

FRASES SIGNIFICATIVAS	SIGNIFICADOS
1 – Durante a minha experiência profissional, já me deparei com algumas situações de crianças vitimas de maus tratos. Todas as situações me marcam. 35 – Esta experiência, ainda que não seja das mais brutais que já acompanhei em termos de maus tratos, marcou-me profundamente. 36 – Dou conta disso em qualquer encontro com crianças que venham as consultas de saúde infantil e em todas elas tento encontrar *um sorriso triste*.	1, 35 e 36 - E enfermeira reconhece que durante a sua experiência profissional, apesar de todos os casos serem importantes, há sempre um que a marca mais e condiciona comportamento futuro.
2- Sobretudo aquelas em que as crianças são brutalizadas pelos pais, ou amas e frequentemente por coisas que para nós se nos apresentam como banalidades, mas que para eles são suficientes para desencadear verdadeiras ondas de violência e crueldade.	2- A enfermeira estabelece diferença entre quem promove, o tipo e causa do mau trato contra a criança.
3 – Nestas situações, o que me apetece fazer é retribuir-lhe com a mesma moeda, e fazer-lhe o mesmo.	3 - A enfermeira sente vontade de fazer justiça pelas próprias mãos.
7 – Apresentava também um comportamento diferente, que se manifestava sobretudo em atitudes de isolamento, contrastados com agressividade e algum vocabulário menos próprio para a idade dele. 13 – A criança não falava, olhava-nos apenas fixamente com olhos grandes e tristes.	7 e 13 – A enfermeira identifica na criança, comportamentos e atitudes que lhes revelam a possibilidade da existência de maus tratos .
4 - Apenas encaminho o caso, geralmente para a assistente social 8 – Fizemos visitação domiciliária. 11 – A pretexto de negligência de saúde, separamos o miúdo da mãe, para assim podermos explorar os seus sentimentos e saber o que realmente se passava. 15 – Informamos a assistente social. 27 – Fizemos mais visitações Domiciliárias (não tantas como gostaríamos). 28 - Tentamos contudo acompanhar aquela criança mais de perto. 29 – Fizemos alguns ensinos à mãe acerca do desenvolvimento afectivo das crianças, fazendo-lhe entender que também o filho dela já era um *homenzinho* e que também ele já entendia as coisas que o rodeavam.	4, 8, 11, 15, 27, 28 e 29 - A enfermeira descreve as estratégias usadas para ajudar a criança
6 – Mas, as situações em que me sinto pior é quando apenas existem suspeitas e quase nada podemos fazer. 19 – Uma confusão de sentimentos emergiram em mim. 31 – Perdura em todos a incerteza, a revolta, a tristeza e a impotência de nada se poder fazer em concreto. 38 - Os sentimentos, esses repetem-se constantemente, sempre que nos aparece um caso de maus tratos, real ou suspeita, pois sempre quer dizer que em maior ou menor grau uma criança sofre.	6, 19, 31 e 38 - Face a uma situação de maus tratos, a enfermeira experimenta um sentimento de mau estar, aliado a impotência e revolta.
21 - Por outro lado, sentia também revolta e impotência. Impotência porque nada podíamos fazer para preservar a inocência daquela criança. 23 – Não podíamos dar-lhe uma vida melhor, porque isso não estava ao nosso alcance	21 e 23 – A enfermeira sente dificuldade em agir, na resolução do caso
16 – (...) a assistente social também os contactou e apenas pode mais ou menos confirmar a situação, na medida em que não havia ninguém, a não serem eles próprios a poderem confirma-la, na medida em que era a sua própria história de vida. 18 – A assistente social pôs-nos ao corrente da situação legal; Como não se confirmavam as suspeitas, pouco ou nada havia a fazer. 24 – Também não podíamos retirar-lhe a criança, porque não havia provas concretas acerca daquilo que pensávamos estar a acontecer-lhe.	16, 18 e 24 - A enfermeira reconhece a dificuldade na denúncia explicita das situações de maus tratos

5 – Tento dar o máximo de carinho, em todos os actos que envolvem o cuidar daquela criança, mesmo que sejam apenas curativos. 14 – Tentamos ao longo das várias visitações domiciliárias que fizemos, incutir-lhe carinho, simpatia e sobretudo confiança. 20 - Sentia ternura pela sua condição de criança, cujas emoções estariam a ser completamente deformadas, pelo presenciar de situações que ele não entendia mas que certamente o marcariam para sempre, se reais. 25 – Por outro lado, não podíamos ignorar o grito de socorro daquela criança, que como tantas outras sofrem caladas. 30 – Tentamos transmitir-lhe o melhor que em nós havia, em termos de carinho e tentar mostrar-lhe que ele é um menino bonito e que as pessoas gostam muito dele. 32 – Tentamos contudo, nesta amalgama de sentimentos, cuidar dele o melhor que podemos, tentando demonstrar-lhe com ternura que ele é importante para nós e representa algo na nossa vida.	5, , 14 , 20 , 25,30 e 32- O acto de cuidar excede o tratamento e as inerentes competências técnicas.
9 – A situação que encontramos arrepiou-nos. 10 - A confirmarem-se as suspeitas seria terrível para o garoto.	9 e 10 - O ambiente onde se insere a criança mal tratada choca a enfermeira
12 – A primeira abordagem foi difícil 17 – Apenas as entrelinhas do discurso e comportamento da criança confirmavam a verdade. O seu vocabulário traia o medo 18 – A experiência diz-me que o medo as ensina desde cedo a esconder, a disfarçar. Talvez para não ser pior. 37 –Tarefa difícil, pois também a experiência me diz que o medo as ensina desde muito cedo a esconder, a disfarçar.	12, 17, 18 e 37– Torna-se difícil para a criança revelar a existência de mau trato.
22 – Acaso a mãe não teria ela própria direita a uma vida mais digna?	22 - A enfermeira questiona-se acerca das questões de justiça social envolventes nas situações de maus tratos.
26 – A professora, a par da situação tenta dar-lhe atenção. Chama-o com frequência a intervir e estimula-o com reforço positivo.	26- A equipe de saúde trabalha o reforço positivo como meio de prevenir sequelas psicológicas.
39 – Às vezes tento esquecer que há sofrimento nas suas vidas, mas acho que o meu silêncio e sobretudo a covardia da falsa ilusão, me marcam ainda mais. 40 – Mesmo que pouco se possa fazer... 41 – Fica-nos por isso a certeza de que sempre que haja suspeitas se deve investigar, mesmo que por vezes a nossa actuação não passe disso mesmo.	39, 40 e 41 – A enfermeira reconhece que ignorar a situação não minimiza o mau estar que estas situações envolvem, e que se deve sempre agir mesmo que pouco se possa fazer.
33 – Quando nos vê, fica contente, sorri até. 34 – O medo que inicialmente demonstrava parece ter desaparecido. 42 – O vazio que sentimos depois disso, será bem menor se continuarmos a ver uma criança sorrir, ainda que na maioria das vezes seja, como já disse *um sorriso triste*.	33, 34 e 42 - A enfermeira através do comportamento da criança , entende ter sido útil a sua actuação.

SEGUNDA ENTREVISTA

FRASES SIGNIFICATIVAS	SIGNIFICADOS
55– (...)Este foi um caso que me marcou muito, por imaginar o que terá sentido esta criança... 74 - Houve no decorrer desta situação muitas coisas que me fizeram pensar e inclusive mudar os meus comportamentos. 83 - Noutras situações de crianças vitimas de maus tratos, esta situação contribuiu muito para poder tomar outro tipo de atitudes. 84 – Fico mais alerta para detectar qualquer evidência de maus tratos infantis, por muito subtil e discreta que pareça.	55, 74, 83 e 84 - A enfermeira reconhece que há sempre um caso que a marca e condiciona comportamento futuro
43 – (...)Uma situação em que pude cuidar de uma criança vítima de maus tratos, do foro sexual. 89 – É claro que depois temos que ver o tipo de maus tratos	43 e 89 – Pela descrição, a enfermeira distingue diferentes tipos de maus tratos.
48– Depois foi feita outra abordagem à criança, para ela nos poder confidenciar porque mantinha este tipo de comportamento. Foi muito difícil. 49 – A criança é que depois de várias intervenções disse que mantinha algumas intimidades com o pai e com o irmão. 53 – Porém, devido ao facto de a criança nos ter confidenciado que mantinha intimidades sexuais com o pai e irmão e que dormia muitas vezes no meio dos pais... 70 – Tivemos de ter muito cuidado, porque ela tinha muita dificuldade em se exprimir, relativamente ao que se passava, se bem que nunca confirmou, também nunca desmentiu.	48, 49, 53 e 70 - A criança, após vária intervenções, consegue com dificuldade, revelar a experiência de maus tratos, confirmando-os.
44 – (...) O caso de uma criança que apresentava comportamentos dispares e também de agressividade. 45 – Ainda conversas impróprias para a idade. 46 – Para além do insucesso escolar era evidente a sua apresentação negligenciada. 64 – Esses sentimentos dela eram evidentes, pelo isolamento que procurava e pelo facto de mostrar agressividade, demonstravam claramente o seu estado de espirito... 71 –Apresentava muita vergonha, chorava muito ...	44, 45, 46, 64 e 71 - A enfermeira identifica na criança, comportamentos e atitudes que lhes revelam a possibilidade da existência de maus tratos .
52 - Em termos de sinais evidentes de violação, nunca os tivemos, porque nunca foi feito qualquer exame ginecológico	52 - Apesar de haver suspeita de violação nada foi feito para se provar.
47 – Foi alias este o motivo pelo qual foi planeada uma visita domiciliaria, a casa da criança 50 – Foi por isso contactada a assistente social 51 – Tentou-se uma possibilidade de internamento numa instituição de menores. 69 – As atitudes que tomamos, decorrentes deste facto,(...), foi ajudar a criança, intervindo e retirando-a do meio. 72 – Tivemos foi de agir. 73 – (...) a criança foi retirada de casa e posteriormente foi novamente tentada uma reaproximaçao familiar, nomeadamente aos fins de semana.	47, 50, 51, 69, 72 e 73 - A enfermeira descreve as estratégias usadas para ajudar a criança.
54 – Tratava-se de uma família com condições sócio económicas baixas...Era uma família com cinco filhos, todos em casa. O pai era guarda prisional e a mãe estava em casa.	54 - A enfermeira identifica factores de risco, de maus tratos infantis.
56 – Nunca pensei que fosse possível isto acontecer aqui ao nosso lado, a nossa tendência foi de negar os factos. Foi uma negação. Aos nossos olhos e de toda a gente. 57 – Depois tivemos que aceitar os factos. 58 - Os sentimentos foram de indignação pelo que se estava a passar. 59 - De revolta, orientada para o pai... 60 – De tristeza enorme, relativamente à mãe, porque encobria a situação e permitia que a filha passasse por aquela experiência. 77 – Custa-me imenso conviver com esta situação.	56, 57, 58, 59, 60 e 77 - Face a uma situação de maus tratos, a enfermeira experimenta sentimentos de: revolta, tristeza , negação .
61 – Penso que esta posição da mãe era a mais grave, porque	61 e 62 - Pelo comportamento da mãe, a

para além de saber o que se estava a passar, continuava a afirmar que a filha estava bem, que não se passava nada. 62 - Depois, era ainda aquela cumplicidade que revelou ao deixar a filha sair para uma instituição, alegando que o melhor para a criança era de facto sair de casa.	enfermeira identifica a sua cumplicidade, na situação de maus tratos.
63 – . Lembro-me ainda que os nossos pensamentos se dirigiam muito para a criança, pois era evidente que estava a sofrer.	63 - A enfermeira fica perturbada com os sentimentos experimentados pela criança durante a situação.
65 – Relativamente ao agressor, que era o pai e que a mãe encobria, levavam-nos a pensar qual o motivo que levaria aqueles pais a reagirem assim.	65 - A enfermeira reflecte sobre as causas que terão levado os progenitores à situação de maus tratos.
66 - No entanto a resposta a essa questão parecia obvia, na medida em que o pai andava sempre alcoolizado, o que decerto modo o desculpabilizava, pelo menos em termos de consciência.	66 - A enfermeira desculpabiliza o agressor, justificando o seu acto pela componente sócio- económica.
67 – No entanto, o facto de a deixarem prolongar por tanto tempo, despertava em nós a vontade de criar punições para o pai. 68 – Sentíamos então que o pai e a mãe deveriam ser punidos, do mesmo modo.	67 e 68 - A enfermeira sente vontade de fazer justiça por próprias mãos
75 - Um dos aspectos que me fizeram pensar foi: Como é que nós profissionais demoramos tanto tempo a dar conta de que algo de grave se estava a passar nesta família e nesta criança? Foi preciso arranjar piolhos para que alguém pudesse reparar nela e para darmos conta de que algo estava mal. 76 – Tivemos a informação da professora, mas nós já devíamos Ter identificado aquela família como sendo de risco e termos tomado alguma atitude. 78 - Havia montes de indicadores e factores de risco que e se estivéssemos atentos, facilmente nos levariam a identificar aquela família como uma fonte de problemas. 79 – Como pudemos demorar tanto tempo? 80 – Tantos indícios...Como pudemos demorar tanto tempo no diagnóstico desta situação 82 – Como pudemos demorar tanto tempo...Ainda hoje me questiono.	75, 76, 78, 79, 80 e 82 - A enfermeira questiona-se como profissional e como pessoa, face á sua actuação no caso e exprime sentimentos de culpa
86 - Temos de prestar-lhe cuidados. 87 – O primeiro cuidado a prestar-lhe, numa situação de maus tratos, é ter cuidado no tipo de relação com a criança. 88 – Temos de compensar-lhe o que ela não teve 90 – Mas não deveremos esquecer também que a criança vitima de maus tratos nem gosta que se lhe toque. 91 - Nem há palavras para descrever esta sensação de uma criança evitar o toque humano. 92 – (...)Assim, devemos aproximar-nos com cuidado, para conseguir estabelecer com ela um clima de afecto e segurança, proximidade emocional....	86, 87, 88, 90, 91 e 92 - O acto de cuidar, excede o tratamento e as inerentes competências técnicas.
93 – (...) não compete apenas ao profissional de enfermagem, mas a outros profissionais que devem ser envolvidos, nomeadamente um psicólogo e pedo psiquiatra. 94 – Na realidade isto não se passa, mesmo em serviço de urgência, em que a criança chega já em situações extremas.	93 e 94 - A enfermeira tem a percepção de que a abordagem a ser feita à criança deve ser multidisciplinar e que na realidade isto não acontece
81 – Como profissionais de Saúde Pública, se não começarmos por identificar os factores de risco, que podem levar a tais actos de violência, vão resultar sem dúvida em situações traumáticas para todas as crianças envolvidas nestas situações, bem como para todos os que as rodeiam. 85 – Temos que estar atentos. 95 – Penso ainda que o profissional de enfermagem será aquele que mais proximidade relacional estabelece com este tipo de crianças e que mais facilmente pode detectar estas situações, pela própria posição que ocupa na comunidade.	81, 85 e 95 - A enfermeira reconhece que a posição privilegiada que ocupa na comunidade, para efectuar a detecção precoce dos maus tratos infantis.

TERCEIRA ENTREVISTA

FRASES SIGNIFICATIVAS	SIGNIFICADOS
96 – (...) Tivemos diversas situações de maus tratos que acompanhamos e dos quais tivemos percepção. 97 – Houve vários, mas houve um que teve interferência no modo como reflecti sobre estas situações.	96 e 97 - A enfermeira reconhece que há sempre um caso que a marca ou que a faz reflectir sobre o seu comportamento e atitudes futuras, acerca dos maus tratos infantis.
98 – Essa senhora, em geral negligenciava os filhos, alguns deles (4 ou 5),que viviam com ela. Tínhamos ainda conhecimento de que já tinha dado alguns para a adopção. 99 – (...) soubemos que tinha sido presa, porque se tinha descoberto que ela tinha morto um filho logo ao nascer, deitando-o a um poço.	98 e 99 – A enfermeira identifica o agressor e identifica o tipo de mau trato infligido.
100 – Não entendo estas circunstâncias judiciais, mas nós tivemos logo de lidar com a senhora.. 101 – E a dificuldade foi de pensar até que ponto as pessoas da população rural vão lidando com a agressividade, com a negligência e com outro tipo de maus tratos, ao ponto de banalizarem o homicídio infantil. 104 – Impotentes também para resolver o facto de uma mãe cometer um homicídio de um recém nascido e a sociedade dar-lhe liberdade porque tinha outros filhos para tratar e onde ela ia também perpetuar maus tratos.	100, 101 e 104 – E enfermeira sente dificuldade em entender o processo judicial que envolve a situação e o comportamento da população face à agressividade do acto. Confronta-se com a banalização do homicídio infantil em determinadas situações.
102 – Por outro lado, a distância que eventualmente nós profissionais também temos das situações, em que nos sentimos impotentes, porque esta era uma das situações, que nós enfermeiros de saúde pública tínhamos como bem trabalhada, era uma utente que nós conhecíamos bem, que nós sistematicamente abordávamos, quer no domicilio, quer no Centro de saúde ou nas escolas da zona, onde ela vivia e tinha os filhos. 103 – De facto, não conseguíamos resolver situações sociais graves e, a maneira de viver daquela mulher e que condicionava aos seus filhos aquelas negligências 106 - E de grande revolta por nos sentirmos impotentes para modificarmos aspectos da sociedade que não tínhamos condições de mudar. 115 –Esta foi portanto a situação que mais nos tocou, pelo sentimento de impotência, para podermos fazer alguma coisa.	102, 103, 106 e 115 – A enfermeira, perante o acompanhamento que deu à situação, reconhece dificuldade em modificar aspectos da sociedade e sente-se impotente relativamente ao desfecho.
105 – Lembro-me que na altura isto me marcou muito, por um sentimento de abatimento. 112 – Mas para nós era de facto muito doloroso.	105 e 112 – Face à situação, a enfermeira fica magoada e abatida
108 - Esta era uma das reflexões que fazíamos quer individualmente, quer na equipe: como é que aquela mãe se preocupava em levar os filhos á vacinação(...) mas tinha tido a coragem para matar outro filho? 109 – E, tudo isto era compatível, com o jogo social que se vivia. 110 - E, parecia estarmos a viver uma situação de loucura, perfeitamente assumida, quer dizer, aquela senhora tinha acabado de matar um filho e ia com os outros à vacinação. 111 – Também procurava subsídios para a alimentação dos outros filhos, solicitando contratos com a segurança social. 124 – (...)Questionávamos a assistente social..	108, 109, 110, 111 e 124 – A enfermeira e a equipe, reflectem na ambiguidade da situação: por um lado, a existência de um crime, por outro, a aceitação da sociedade e o comportamento da mãe na manutenção da situação dos outros filhos.
113 – Não tínhamos meio de ultrapassar a situação...portanto tínhamos de aceitar. 114 – Tentávamos gerir os nossos sentimentos de grande vontade de pegar naquela senhora e fazê-la mudar de comportamento, o que não conseguíamos, e tínhamos de conviver com os maus tratos.	113, 114, 116 e 117 – A enfermeira acaba por aceitar a situação, justificando-se através da conduta social e da decisão judicial.

116 – Daqui realçou que a sociedade, onde a senhora vivia, as pessoas não sentirem condições de interferirem de outra maneira, tínhamos de ser todos coniventes. 117 – Se até o próprio sistema judicial lhe tinha perdoado o crime, quem éramos nós, os outros para poder fazer alguma coisa.	
107 – E tínhamos a obrigação de tratar aquela utente como outra qualquer 119 – Por exemplo, a nossa grande dificuldade, neste caso, era não reagir emocionalmente. 120 - Então sentimos necessidade de conversar umas com as outras, para entendermos que no meio daqueles comportamentos tão negativos, estavam mais crianças que necessitavam de nós e que a própria mãe era utente do centro de saúde, e tal como as outras também necessitava de nós. 121 - Então púnhamos de lado a raiva em relação ao que tinha acontecido, para conseguirmos falar com ela. 122 - Quando alguém não conseguia ultrapassar esse sentimento, ia outra colega, porque nem sempre estávamos disponíveis psicologicamente para podermos atender a senhora... 123 – Era difícil, daí termos necessidade de falarmos uns com os outros, para nos sentirmos melhor. 125 - Então, nós tentávamos que o centro de saúde desse o melhor possível, tentávamos trata-los de igual modo, como a qualquer outro utente.	107, 119, 120, 121, 122, 123 e 125 - A enfermeira e a equipa sentem dificuldade em controlar as emoções e adoptam estratégias de acção para conseguirem ultrapassar a situação
126 – Na minha equipa, o principio é que as famílias podem ser sempre boas famílias, podem não saber sê-lo, mas há sempre boa vontade de serem boas famílias. 129 – Encontramos muitas situações de famílias que se encontram no limiar de negligência e do mau trato, mas que apesar de mal, são as únicas que a criança tem, e é neles que temos de investir	126 e 129 - A enfermeira reforça o papel da família e desculpabiliza a sua acção face á situação de maus tratos.
127 – As circunstâncias da vida é que por vezes condicionam os seus comportamentos, de modo menos bom... 128 – Às vezes as pessoas têm muita motivação para tratar bem os seus filhos, mas não têm conhecimentos para isso.	127 e 128 – A enfermeira reconhece que as circunstâncias em que vive a família, determinam os maus tratos
130 - As nossas maiores dificuldades é que temos uma grande tendência para culpabilizar e tínhamos que fazer um esforço para que isso não acontecesse 131 - Tentávamos sempre evitar juízos de valor por um lado, por outro, tentamos encontrar meios de clarificar situações duvidosas 142 – Quando há pais que espancam os filhos, nós temos muita dificuldade em dizer e pensar que apesar de tudo aquele homem é o pai. É difícil. 143 - Tinha de haver uma certa noção dos limites e por vezes temos de intervir, sobretudo em algumas famílias, mas sempre com muita cautela, porque eram os pais e as mães que eles tinham.	130, 131, 142 e 143 – Apesar da tendência para culpabilizar e emitir juízos de valor, a enfermeira tem de pensar limites à sua intervenção e de cuidar os pais da criança.
134 - Também tentamos que a criança permaneça junto da família. 135 – A criança, na minha perspectiva, não deve ser retirada da família, deve sim ajudar-se aquela família a crescer, até porque não existem também muitas alternativas de solução.	134 e 135 - A enfermeira é de opinião de que as crianças não devem ser retiradas da sua família como meio de resolução do seu problema.
132 – Tentávamos envolver os familiares ou vizinhos, para clarificarmos se estávamos a Ter uma percepção de que havia uma situação mais agressiva, ou se nós estávamos errados. 136 – Para conseguirmos que isto funcione, tentamos envolver alguém da rede social, para fazer determinado controle, por exemplo para ver se a criança come... 139 – Quando pedimos a uma pessoa para tomar sentido, para controlar se determinada criança vai á escola todos os dias, ou	132, 136 e 139 - A enfermeira, tem consciência que é necessário envolver familiares ou vizinhos para ajudar na detecção e/ou resolução dos casos.

não, para verem se come ou não, nós temos esse tipo de ajuda.	
145 – Muitos dos maus tratos tinham a ver com alcoolismo.	145 – A enfermeira relaciona os maus tratos com problemas de alcoolismo .
137 –. Sentimos necessidade de sermos facilmente identificadas pela sociedade, como pessoas de respeito, e pessoas competentes. E, por isso a nossa opinião contava para a saúde e para a qualidade de vida daquelas crianças. 138 – E isso de facto acontecia.	137 e 138 - A enfermeira sente necessidade de ser reconhecida profissionalmente, quanto ao papel que desempenha na resolução de casos de mau trato infantil..
140 – Trabalhamos no terreno, o que serve muito para contribuirmos para o crescimento do meio e d a sociedade. 146 – O nosso papel essencial é darmo-nos a conhecer as famílias desta zona onde trabalhamos. 147 – Somos profissionais que estamos ali e que tem obrigação e competência para ser usado. 148 – É um recurso importante para as famílias.	140, 146, 147 e 148 – a enfermeira identifica o seu lugar na comunidade como muito importante
118 – A equipa deve Ter coesão e comportamentos éticos definidos(...), dialogar entre nós(...), manter a confidencialidade(...), respeitar as pessoas e compreende-las. 133 – Acompanhamos sempre que possível a situação de perto. 141 – Tentamos sobretudo não julgar as pessoas. 144 – A nossa actuação era fazer com que a família melhorasse.	118, 133, 141 e 144 - A enfermeira define a actuação da equipa.

QUARTA ENTREVISTA

FRASES SIGNIFICATIVAS	SIGNIFICADOS
149 – Uma situação de maus tratos que me marcou, foi a primeira ou uma das primeiras situações com que me deparei. 162 - Depois estes acontecimentos, levaram-me a reflectir no comportamento que deveria tomar face a estes pais e perante situações aparentemente simples, mas que se podem vir a revelar terríveis para as crianças e para próprias famílias. 166 – Foi o que se passou neste caso que citei e que resultou bem, servindo-me de guia para a minha conduta como profissional.	149, 162 e 166 - A enfermeira, reconhece que há sempre um caso que a marca ou que a faz reflectir sobre o seu comportamento e atitude futuras, acerca dos maus tratos infantis.
150 – Este caso fez-me muita confusão , porque nos serviços de Obstetrícia e Pediatria já se tinham apercebido da situação precária da mãe e, por falta de comunicação inter-instituicional, aliada as condições familiares, foi-se agravando o estado da criança. 171 – Claro que a enfermeira, não tem acesso ao juiz de Menores, daí ser importante o trabalho inter-disciplinar, em que a assistente social desempenha papel importante.	150 e 171 – A enfermeira reconhece a importância da comunicação inter-institucional, para a detecção e acompanhamento das situações de maus tratos.
151 – O nosso comportamento e atitude perante este caso foi... 152 – Fornecemos o suporte teórico acerca de como tratar, cuidar melhor aquela criança... 153 – Comunicamos com a assistente social para poder providenciar apoio monetário. 154 - (...)Começámos a fazer vigilância no domicilio, relativamente aos cuidados da criança. 155 - Foi necessário recorrer ao internamento, para a criança ganhar peso.	151, 152, 153, 154 e 155 – A enfermeira descreve as estratégias usadas pela equipa para poder ajudar a criança.
156 – (...) Sentimos necessidade de envolver também o pai. 157 – (...) Chegamos à conclusão de que a avó tinha de tomar partido no acompanhamento daquela criança, sobretudo supervisionando os cuidados que lhe eram prestados. 158 – Após o envolvimento da avó, a criança começou a desenvolver-se, mais ou menos harmoniosamente, porquê aquela falência em termos de cuidados, nos dois primeiros meses, foram demasiado conturbantes para ela. 165 – (...)A família deve também ser envolvida.	156, 157 e 158 e 165 – Para que a situação se resolva, a enfermeira reconhece a necessidade de envolver outros familiares no problema.
159 – Senti, no inicio um sentimento grande de tristeza e de frustração, pela ausência de instinto maternal, revelado nesta mulher. 160 - A falta de interesse e de carinho que a mãe manifestava, magoavam-me. 161 - A pesar, sentia também tristeza pelas poucas capacidades psicológicas e intelectuais de certas mães, como esta, aliada à pobreza de espirito, que condicionam estas situações.	159, 160 e 161 – Face a uma situação de maus tratos, a enfermeira experimenta sentimentos de tristeza e frustração, pelo reconhecimento da incapacidade da mãe em cuidar da criança.
163 – Cheguei à conclusão que não devemos marginalizar estes jovens casais, estas famílias, mas sim ajuda-los, dando-lhes incentivos para que possam melhorar. 164– Por vezes é frustrante, mas se nós não desistirmos, eles conseguem. 167 – A tristeza inicialmente sentida não me deu possibilidade que sentisse desânimo ou desalento, antes motivou-me a ajudar. E, é neste sentido que não devemos fazer julgamento de valores, marginalizar ou descriminar este tipo de famílias.	163, 164, 167, 168, 169, 176, 181 e 182 – A enfermeira define que a sua actuação, num contexto de maus tratos infantis, também deve envolver ajuda à família.

168 - Devemos é ter consciência que este tipo de famílias existe e que nós existimos para as ajudar. 169 - Devemos é, mais do que as acusar pela demissão dos seus papeis, devemos mostrar-lhe que estamos ali para as ajudar, para lhe mostrar a nossa disponibilidade, no sentido de as ouvirmos e de tentar resolver as suas dificuldades 176 – O papel do enfermeiro, é estar alerta, atento, e sobretudo ajudar a integrar as famílias, compreender os seus motivos e ajudar a ter atitudes e comportamentos mais dignos. 181 – Se algo está a falhar, na família, é lá que deveremos actuar. 182 - Então a família terá que ser educada para que consiga responder aos objectivos para os quais está vocacionada.	
170 – Em determinadas situações, para além do que referi, é necessário ter coragem para fazer a denuncia. Apelar para os tribunais de menores , como em situações de violações e maus tratos físicos evidentes. 177 – Eu acho que a nossas actuação, neste contexto se resume a: Querer, estar atento, organizar e estruturar as acções. Se conseguirmos esta atitude, conseguiremos combater ou minimizar este tipo de coisas.	170 e 177 – A enfermeira descreva estratégias de actuação para acção.
172 – Por vezes, não temos provas concretas, mas temos acesso ao meio onde existem essas provas. Daí o nosso papel importante no acompanhamento dessas situações. 175 - Depois a nossa relação com os pais, na comunidade, com a família completa, possibilita-nos a detecção precoce das situações de risco que podem acontecer.	172 e 175 – Apesar da dificuldade na denuncia dos casos, enfermeira reconhece o papel privilegiado que ocupa na comunidade, para efectuara detecção e o encaminhamento das situações detectadas.
173 - Cheguei á conclusão de que os maus tratos existem. São uma realidade que nos toca de perto. 174 – Temos é que estar atentos, porque a minha experiência vai-me dizendo que os subterfúgios para os esconder são tantos que realmente só o nosso olhar atento os podem descobrir ou revelar.	173 e 174 – A enfermeira, de pela sua experiência, constatou a existência de maus tratos infantis, embora por vezes existissem camuflados...
178 – Devemos evitar emitir juízos de valor, critica destrutiva directamente aos pais., porque através da negação nunca poderemos obter a motivação, precisamos essencialmente de entende-los e aceita-los como são, transmitir-lhe a imagem de que gostamos deles, de que estamos ali e, sobretudo estamos ali para os ajudar. 179 – Quando os aceitamos tal como são e estabelecemos relação de empatia, estamos em condições de fazer algo por eles e ajuda-los a crescer, em família como um todo.	178 e 179 – A enfermeira trabalha a reforço positivo, estabelecendo relação de empatia
180 - Penso que a criança está melhor na família que a gerou.	180 - A enfermeira é de opinião que as crianças não devem ser retiradas da sua família, como meio de resolução do seu problema.
183 - Isto porque muitas vezes eles maltratam fruto de circunstâncias de que eles também são vítimas.	183 – As circunstâncias que envolvem a família determinam a presença de maus tratos infantis

DÉCIMA SEGUNDA ENTREVISTA

FRASES SIGNIFICATIVAS	SIGNIFICADOS
467 – Relativamente ao contacto com crianças vitimas de maus tratos, já tive contacto com alguns casos, embora os mais frequentes sejam casos de negligência. 468 – As etiologias são diversas e relacionam-se sobretudo com as dificuldades da vida desta gente que vive em zonas muito interiores e por vezes isoladas 506 – Famílias onde impera o alcoolismo, a educação é muito debilitada, as famílias crescem sem padrões de referência, ou então os que existem são viciados e difíceis de mudar	467, 468 e 506 – A enfermeira identifica a existência de maus tratos infantis e estabelece etiologia e factores de risco.
469 – Não há vontade explicita de fazer mal, apenas não dão porque não podem. 470 – Contudo estes casos aparecem porque acima de tudo há desorganização familiar, analfabetismo, erros de educação que já vêm doa avós e que filhos e netos continuam a fazer, apenas por falta de padrões de referência. 471 – Fazem porque viram fazer ou já lhe fizeram. 507 – Assim, fruto de inúmeros factores, também os factores de risco se vão acumulando em premissas erradas e vão passando de geração em geração, criando uma bola de neve, uma cadeia, cujas consequências se vão repercutir nos elos mais fracos, e que normalmente são as crianças.	469, 470, 471 e 507 – As circunstâncias que envolvem as famílias, determinam a presença de maus tratos infantis.
472 – Lembro-me de um caso que me marcou, pelo meu envolvimento e que reflecte este meu ponto de vista. 473 – Era uma família bem conhecida do centro de saúde, porque faltavam regularmente a todo o tipo de consultas... 501 – Este caso marcou-me, porque me fez sentir útil, embora saiba que como este existem nesta zona centenas e que nos passam despercebidos. 502 – Este caso de contornos mais ou menos simples, fez-me reflectir sobre os riscos que correm estas e outras crianças...	472, 473, 501 e 502 – A enfermeira identifica um caso que a marcou mais e que a fez reflectir.
474 – Foi neste contexto que a comecei a seguir em visitas domiciliárias. 485 – Senti que não os podia abandonar e ajudar aquela família era uma prioridade, se bem que não sabia exactamente como. 486 – Comecei por fazer mais visitas domiciliárias, sempre que podia ia lá. 490 – Quando comecei a ser recebida com naturalidade, chamei-lhe a atenção para a necessidade de manter a casa limpa e comprar apenas as coisas necessárias. 496 – Fui-lhe ensinando a cozinhar	474, 485, 486, 490 e 496 – A enfermeira descreve toda a acção desenvolvida para ajudar a família.
492 – Pedimos também apoio a Junta de Freguesia, para pedir colocação de luz e saneamento, o que está a ser resolvido. 493 – Pedimos também o apoio da assistente social, que arranjou um infantário para o miúdo mais pequeno, pelo menos assim teria as refeições mais equilibradas. 494 – Os que andavam na escola, tinham o apoio da professora, que devido a dificuldades de aprendizagem e concentração, tinha pedido o apoio de um professor do ensino especial, para os ajudar.	492, 493 e 494 – Para a resolução da situação a enfermeira pede apoio a outros elementos da equipe de saúde.
495 – Pedimos também a colaboração dos vizinhos, que inicialmente se mostraram um pouco relutantes...	495 – A enfermeira envolve os vizinhos para ajudar a situação.

475 – A primeira que fiz, deixou-me a par do tipo de vida que poderia levar aquela gente, sobretudo aquelas crianças. 476 - (...)Que nos indicou que o que realmente imperava nesta casa era o desleixo, a falta de higiene e sobretudo a falta de organização. 482 – Era sim a falta de tino daquela mulher, que não tinha a mínima ideia de como agir familiarmente, em termos de orientação 505 – Muitos casos, tal como este, à má orientação e organização dos recursos e gestão familiar.	475 , 476 , 482 e 505 – A situação encontrada é explicada pela enfermeira, como má gestão dos recursos familiares.
477 – Fiquei estupefacta. 478 – Fiquei sem palavras. 479 – Virei-me depois para as crianças. Já as conhecia, mas naquele ambiente até achei que tinham tido sorte, em não lhes ter acontecido nada de mal. 480 – Os ensinos que lhe tinha feito acerca do modo de cuidar as crianças não tinham conta, contudo parecia que em nada tinham servido. 481 – A higiene oral, ali, naquele fim de mundo e em tal ambiente, pareciam uma charada...	477, 478, 479, 480, 481 – O ambiente encontrado, deixa a enfermeira surpreendida.
483 – Senti pena daquelas crianças. 484 – Apesar de muito sujas eram bonitas e muito meigas	483 e 484 - A situação das crianças preocupa a enfermeira e fazem-lhe sentir pena.
487 – No inicio, parecia não ligar muito ao que eu lhe dizia, mas depois apercebi-me que ia mudando pequenas coisas. 488 – O marido ficava satisfeito 489 - Recebia-nos calorosamente, e embora nunca o manifestasse, apreciava a nossa ajuda. 491 – E, pouco a pouco, ao fim de algum tempo notou-se alguma diferença. 499 – Agora continuam um pouco melhores e continuo a dar-lhe apoio. 500 – Este caso marcou-me porque me fez sentir útil.	487, 488, 489, 491, 499 e 500 – Pelas manifestações enfermeira avalia que a sua acção é válida e útil.
497 – Preocupavam-me aquelas crianças e sobretudo que pudesse engravidar novamente, comecei então nova luta. 498 – Depois de muita insistência e subtileza, lá conseguimos que colocasse o DIU.	497, 498 e A enfermeira reconhece que ajudar a criança, pode passar por ajudar a família a assumir outras condutas.
503 – Fez-me entender ainda a importância do enfermeiro de saúde pública. 504 – Apesar de não termos muita autonomia, em relação à actuação e resolução destas situações em termos legais, e ser também muito difícil conseguir a resolução de casos mais complicados, a nossa actuação pode ser brilhante no âmbito da prevenção 508 – Será então nesse sentido que entendo ser o nosso papel preponderante. 509 – Nós fazemos parte da população, se formos reconhecidos como profissionais de quem eles precisam e em quem podem confiar, agem de um modo natural. Será então fácil para nós agir, detectando e corrigindo erros, ao mesmo tempo que vamos prevenindo...	503, 504, 508 e 509 - A enfermeira reconhece o seu papel privilegiado junto da população, no sentido de educar e prevenir...
510 – Esta actuação implica contudo, querer, conhecimentos, implica disponibilidade e essencialmente a abertura de canais de comunicação entre todos os profissionais de saúde e autarquias.	510 - A enfermeira reconhece que para agir são necessários motivação, conhecimentos, disponibilidade e envolvimento de todos os profissionais de saúde.

ANEXO D

Cachos de Temas

SIGNIFICADOS ⟹ **TEMAS** ⟹ **CACHOS DE TEMAS**

a) Existe sempre um caso que marca mais e pode condicionar comportamentos futuros.
b) Estabelece diferença e caracteriza
c) Sente vontade de fazer justiça pelas próprias mãos.
d) Identifica na criança comportamentos que revelam a existência de maus tratos.
e) Descreve estratégias de ajuda à criança.
f) Descreve sentimentos experimentados.
g) Reconhece dificuldade em agir, na resolução dos casos.
h) Reconhece dificuldade na denúncia
i) Descreve o acto de cuidar.
j) O ambiente onde se insere a criança choca a enfermeira.
k) Os maus tratos, mesmo reais são difíceis de admitir e/ou revelar
l) A enfermeira questiona-se acerca de questões de justiça social.
m) O reforço positivo é utilizado para ajudar a criança.
n) A enfermeira reconhece que não devem ser ignoradas as situações.
o) Avaliação
p) Descreve factores de risco.
q) Cumplicidade na perpetração de maus tratos.
r) Vulnerabilidade pessoal/Equipa.
s) Reflexão sobre as causas.
t) Os maus tratos são originados pelas circunstâncias da vida.
u) A resolução dos casos passa pela abordagem interdisciplinar.
v) Reconhece a posição privilegiada do Enfermeiro de Saúde Pública na prevenção precoce.
w) Face à impotência de acção, surge a aceitação.
x) Existe Banalização do homicídio
y) A resolução das situações de maus tratos, necessitam o envolvimento da família e outros membros da comunidade.
z) As famílias têm que ser ajudadas.

Aa - As crianças não devem ser retiradas da família.

Ab - Existe necessidade do reconhecimento profissional dos enfermeiros.

Ac - A enfermeira define estratégias pessoais para agir.

Ad - Geralmente é a mãe que denuncia.

Ae - O agressor é desculpabilizado pela criança.

Af - A acção do enfermeiro deve ser centralizada na comunidade.

Ag - Define estratégias de actuação da equipe.

Ah - A criança espera ajuda, que só surge do pai.

Ai - Dificuldade em classificar os factos.

Aj - A enfermeira reconhece que a morosidade do processo pode Ter consequências trágicas.

FRASES	SIGNIFICADOS
1, 35, 36, 55, 96, 97, 149, 162, 166, 184, 226, 266, 285, 286, 328, 408, 410, 439, 440, 454, 472, 473, 501 e 502	A – A enfermeira reconhece que há sempre um caso que a marca mais e a faz reflectir sobre o seu comportamento e atitudes futuras acerca dos maus tratos infantis.
2,43, 89 , 98, 99, 227, 228, 237, 329, 333, 339, 340, 341, 413, 415, 417, 441 e 445.	B – Pela descrição o enfermeiro caracteriza o Quadro de maus tratos, relativamente: ao agressor, tipo e causa.
3, 67, 68,299, 307, 332, 336, 337, 456 e 457.	C – A enfermeira sente vontade de fazer justiça pelas próprias mãos.
7, 13, 44, 45, 46, 64, 71, 187, 188, 189, 195, 229, 230, 232, 233, 235, 243, 261, 287, 295, 302, 323, 324, 330, 331, 375, 376, 377, 378 e 417.	D - A enfermeira reconhece na criança comportamentos e atitudes que lhes permitem identificar sequelas de maus tratos.
4, 8, 11, 15, 27, 28, 29, 47, 50, 51, 69, 72, 73,151, 152, 153, 154, 155, 185, 186, 191, 194, 196, 201, 203, 209, 379, 386, 387, 392, 393, 394, 395, 400, 411, 412, 416, 423, 425, 453, 474, 485, 486, 490 e 496	E - A enfermeira descreve estratégias para ajudar a criança e família.
6, 19, 31, 38, 56, 57, 58, 59, 60, 77, 105, 112, 159, 160, 161, 207, 215,221, 224, 231, 251, 252, 260, 268, 269,297, 298, 313, 315, 316, 360, 414, 418, 422, 428, 483 e 484.	F – Descreve sentimentos experienciados, nas diferentes situações.
21, 23, 102, 103, 106, 115, 223, 225, 234, 238, 294, 310, 311, 314, 317, 327, 338, 364, 370, 371, 396, 397, 398, 430, 431, 464 e 466.	G - A enfermeira reconhece dificuldade em agir, na resolução dos casos.
16, 18, 24, 52, 192, 197, 198, 199, 200, 206, 334, 335, 342, 343, 344 e 345.	H - Existe dificuldade na denuncia explicita das situações de maus tratos infantis, bem como na resolução dos mesmos.
5, 14, 20, 25, 30, 32,83, 84, 88, 90, 91, 92, 130, 131, 142, 143, 178, 179, 190, 193, 211, 216, 239, 242, 244, 245, 247, 248, 288, 318, 319, 320 e 460.	I - O acto de cuidar excede o tratamento e as inerentes competências técnicas, relativamente à criança e pais.
9, 10, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 477, 478, 479, 480 e 481.	J – O ambiente onde se insere a criança choca a enfermeira.
12, 18, 37, 48, 49, 53, 70, 446, 447, 448 e 449.	K - Os maus tratos infantis, mesmo sendo reais, são difíceis de admitir e/ou revelar.
22, 108, 109, 110, 111, 124, 173, 174,	L - A enfermeira questiona-se acerca de questões de justiça social
26.	M - A equipa de saúde trabalha o reforço positivo, como meio de prevenir sequelas psicológicas

39,40 e 41.	N – A enfermeira reconhece que não devem ser ignoradas as situações
33, 34,42, 75, 76, 78, 79, 80, 82, 218, 219, 220, 222, 321, 322, 399, 401, 406, 432, 433, 458, 459, 461, 487, 488, 489, 491, 499 e 500.	O - A enfermeira através do comportamento da criança, entende ter sido útil na sua actuação.
54, 145, 253, 256, 257, 259, 264, 283, 284, 368, 369, 374, 407, 409, 467, 468 e 506.	P - A enfermeira identifica factores de risco, associados aos maus tratos infantis.
61 e 62.	Q - Existe cumplicidade dos pais na perpetração dos maus tratos.
63, 107, 119, 120, 121, 122, 123, 125, 204, 208, 209, 210, 212, 213, 214, 267, 289, 293, 296, 308, 309, 348, 349, 350, 352, 353, 355, 361, 362, 419, 420 e 421.	R - A situação coloca a enfermeira/equipa numa posição de vulnerabilidade
65, 303, 304, 305, 306, 325, 326, 475, 476, 482 e 505.	S – A enfermeira reflecte sobre as causas que originam situações de maus tratos.
66, 127, 128, 185, 254, 255, 258, 388, 389, 390, 391, 426, 427, 469, 470, 471 e 507.	T – Os maus tratos surgem devido a condicionantes de vida difíceis de ultrapassar.
93, 94, 150, 171, 249, 250, 286, 404,452, 492, 493 e 494.	U – A enfermeira tem a percepção de que a abordagem à criança tem de ser multidisciplinar e inter-institucional.
81, 85, 95, 140, 146, 147, 148, 172, 175, 273, 276, 287, 288, 289, 290, 363, 402, 405, 435, 436, 437, 438, 503, 504, 508 e 509.	V - A enfermeira reconhece que a posição privilegiada que ocupa na comunidade lhe permite efectuar a detecção precoce dos maus tratos.
113, 114, 116 e 117.	W – Face a incapacidade de agir, a enfermeira aceita a situação.
100, 101 e 102.	X – Existe banalização do homicídio.
132, 136, 139, 156, 157, 158, 165, 202, 205, 274, 278, 285 e 495.	Y - A resolução das situações de maus tratos, passa pelo envolvimento da família e outros membros da comunidade.
126, 129, 163, 164, 167, 168, 169, 176, 181, 182, 281, 282, 497 e 498.	Z – Num contexto de maus tratos, as famílias têm de ser ajudadas.
134, 135, 180, 279, 280, 365, 366 e 434.	Aa – As crianças não devem ser retiradas da família.
137 e 138.	Ab – Existe necessidade do reconhecimento profissional dos enfermeiros.
170, 177, 270, 271, 272, 455, 462 e 463.	Ac – A enfermeira define estratégias pessoais para agir.
236, 240, 241, 262, 263, 442, 443 e 444.	Ad – Geralmente é a mãe quem denuncia.
246.	Ae – O agressor é desculpabilizado pela criança.
265 e 284.	Af – A acção do enfermeiro deve ser centralizada na comunidade
118, 133, 141, 144, 275, 277, 283, 367, 403, 465 e 510	Ag - Define estratégias de actuação da equipe
290, 291, 292 e 312.	Ah – A criança espera ajuda que só surge do pai.
300, 301,450 e 451.	Ai – Dificuldade em classificar os factos presenciados, e sentimentos.
346, 347, 357, 358, 359, 372, 373, 424 e 429	Aj – A enfermeira reconhece que a morosidade do processo pode ter consequências trágicas.

SIGNIFICADOS	TEMAS	CACHOS DE TEMAS
	Existe sempre um caso que marca mais e influência experiências futuras	*
	Caracterização do quadro de maus tratos	⊖
	Fazer justiça pelas próprias mãos.	*
	Os maus tratos infantis surgem como um problema de saúde pública	⊖
	Processo de Ajuda (CUIDAR)	*
	Importância da ajuda interdisciplinar, na resolução dos casos.	≈
	Sentimentos experimentados	*
	Dificuldade na denuncia	▽
	Papel do enfermeiro na comunidade	◆
	Avaliação da acção desenvolvida	♣
	Actuação da enfermeira junto da criança	◆
	Morosidade do processo	▽

	CACHOS DE TEMAS
*	A relação de ajuda em relação à situação de maus tratos
⊖	O Quadro de Maus Tratos infantis, como um problema de saúde pública
▽	Dificuldades de denuncia e morosidade de resolução
◆	O papel do enfermeiro na comunidade
≈	Importância da acção Interdisciplinar
♣	Avaliação da acção desenvolvida pelo enfermeiro