

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

INTERAÇÃO: A ENFERMAGEM ASSISTINDO À FAMÍLIA
DA CRIANÇA MALTRATADA

por

IVETE MARIA RIBEIRO

FLORIANÓPOLIS

1990

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM - ÁREA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

D I S S E R T A Ç Ã O

TÍTULO: **INTERAÇÃO: A ENFERMAGEM ASSISTINDO À FAMÍLIA DA
CRIANÇA MALTRATADA**

Submetido a Banca Examinadora para obtenção do

Grau de

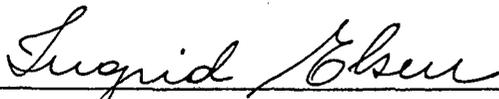
MESTRE EM ENFERMAGEM

POR

IVETE MARIA RIBEIRO

APROVADA EM

04/06/90



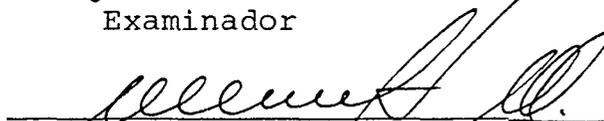
Dra. Ingrid Elsen

Presidente

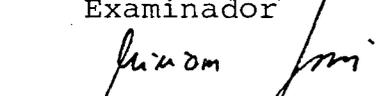


Dra. Clélia Maria Nascimento Schulze

Examinador


Dr. Helio de Oliveira Santos

Examinador


Dra. Miriam Ballar Grossi

Examinador - Suplente

ORIENTADORA: Dra INGRID ELSEN

Dedico este estudo a todos os infantes, em especial aos meus sobrinhos Junior, Nais, Guilherme, Vitor Hugo, Júlio César, Tiago e Lucas. Que em suas famílias de origem e descendentes não exista maus-tratos, para que possamos romper o círculo vicioso desta síndrome.

Agradeço especialmente a minha avó CLARINDA (in memoria), que através de suas crenças e valores adquiridos ao longo de sua vida e, do seu exemplo, sempre defendeu os direitos da criança. Lembro ainda suas palavras quando nos dizia: "em criança não se bate, com a criança a gente senta e conversa". Devo a ela o grande estímulo para a realização deste estudo.

AGRADECIMENTOS

A colaboração de muitas pessoas, foi imprescindível para que este curso fosse realizado. Por isso, quero expressar minha gratidão.

Às colegas e/ou amigas que possibilitaram a minha chegada ao mestrado, através do projeto que viabilizou vagas para os docentes do interior do estado.

Às colegas e/ou amigas que me auxiliaram no preparo e na seleção do mestrado dando idéias, estudando, estimulando e apoiando nesta fase estressante.

Às colegas e/ou amigas que acolheram em suas casas, a mim e aos meus objetos, nos momentos que foram necessários, tanto em Florianópolis quanto em Tubarão.

À CAPES, por amenizar através da ajuda financeira, necessária à realização deste curso. Possibilitando-me a subida de mais este degrau profissional.

À UNISUL, por haver permitido o afastamento necessário para o meu crescimento e aprimoramento profissional.

Aos colegas do departamento de enfermagem da UNISUL, pela compreensão, carinho e apoio que tive durante o tempo que estive ausente, e no retorno as minhas atividades de docente.

Aos professores e funcionários da UFSC, em especial aos do CCS, que acompanharam e contribuíram nesta trajetória do curso, assim como pelas sugestões valiosas na elaboração deste trabalho.

Às pessoas que colaboraram com o trabalho datilográfico, revisão de português, inglês e referências bibliográficas. Pela responsabilidade com que assumiram suas funções, tão importante na realização deste estudo.

Ao CEPAM que abriu suas portas para a realização

deste estudo. Em especial as assistentes sociais e a orientadora educacional que muito contribuíram para que ele acontecesse.

À minha família maltratante, que permitiu a divulgação deste trabalho. Vocês enriqueceram minha vida e contribuíram de forma significativa, para o meu crescimento profissional e pessoal. Sem vocês esta caminhada não teria acontecido. A vocês meu respeito e carinho.

À minha orientadora, pela sua competência, dedicação, seriedade e estimulação na orientação. Você que foi capaz de acreditar em mim, corrigindo minhas limitações e estimulando minha capacidade. Obrigada pela sua confiança e carinho.

À minha maravilhosa família, bem mais precioso que possuo, pelo estímulo e apoio em todos os momentos. Mesmo distantes, estavam tão próximos, com a energia positiva que tanto precisei durante este período. À ela, que muitas vezes deixei de passar momentos presente fisicamente, para que este curso fosse desenvolvido, quero desculpar-me por este maltrato que lhes causei. Com vocês divido minhas pequenas vitórias, meus problemas, minhas esperanças, meus sonhos e minha vida. Amo vocês.

À vocês colegas e/ou amigos com quem compartilhei minhas idéias, discuti minhas dúvidas, troquei informações e, principalmente, aprendi muito. Devo muito à vocês, que não me faltaram com informações, críticas construtivas, apoio, estímulo, confiança e carinho.

Aos meus irmãos e amigos, morando longe ou perto, sempre presentes com seu afeto, apoio terapêutico e estímulo, fundamental durante este período. Com quem pude contar nos momentos alegres e difíceis, através da sua participação constante. A vocês devo minha estabilidade emocional, pois

dividimos juntos os momentos de paz e harmonia e os momentos difíceis. Sempre encontrei em vocês as palavras que necessitava ouvir, o aconchego, o carinho e o estímulo para que eu chegasse até aqui.

À Deus que me deu saúde, família, amigos, colegas, muita luz e energia para enfrentar esta etapa de minha vida. Obrigada por tudo que tenho.

A todos que contribuíram de alguma forma, meu profundo respeito, consideração e carinho.

RESUMO

O objetivo principal deste estudo foi prestar assistência à família da criança maltratada física e psicologicamente, utilizando um Marco Conceitual fundamentada na Teoria da Interação Simbólica e na aplicação do Processo de Enfermagem. Os conceitos utilizados neste marco foram: Interação Simbólica; Ambiente Simbólico e Físico; Sociedade; Saúde e Doença Familiar Interacional; Maltrato; Família Maltratante. Definição de Situação e Enfermagem à Família Maltratante. A partir deste Marco Conceitual foi desenvolvido um Processo de Enfermagem, o qual contém quatro fases: levantamento de dados; plano de ação e intervenção; diagnóstico de enfermagem e avaliação. Estas são inter-relacionadas e contribuíram na implementação da assistência. A assistência de enfermagem foi realizada no período de abril à novembro de 1989, através de visitas domiciliares a uma família cadastrada no CEPAM (Centro Preventivo de Atendimento ao Menor Vítima de Maus-Tratos). Observou-se que o levantamento dos dados através do heredograma familiar, do mapa das interações, da entrevista semi-estruturada, dos dados obtidos no CEPAM e, principalmente, a interação enfermeira/família, foram importantes na prática assistencial. Da mesma forma, o diagnóstico, o plano de ação e intervenção utilizando os papéis da enfermeira e a avaliação, foram imprescindíveis para que se conseguisse alcançar os objetivos propostos.

Desta prática assistencial conclui-se que o Marco Conceitual foi adequado para assistir a esta família e o Processo de Enfermagem foi operacionalizável, favorecendo e dirigindo as ações necessárias para assistência, a partir da realidade familiar. Assim como, pode-se dizer que a interação

familiar e extra-familiar conflituosa e a definição da situação de maltrato, são alguns dos fatores que interferem na ocorrência dos maus-tratos.

As principais limitações deste estudo foram: o tempo limitado para o estudo, pois sabe-se que para a mudança do comportamento abusivo, este tempo deveria ser maior; o estudo ser realizado apenas com uma família, o que nos impede maiores conclusões; e a assistência à família ser realizada apenas por ~~uma~~ enfermeira, pois sentimos necessidade de outros membros da equipe multidisciplinar atuando nesta problemática.

ABSTRACT

The main goal of this study was the delivery of assistance to the family of the physically and psychologically abused child, using a Conceptual Framework Grounded on the Symbolic Interaction Theory and on the Nursing Process. The concepts used in this framework were the following: Symbolic Interaction, Symbolic and Physical Environment; Society; Family Interaction Health and Sickness; Abuse; the Abusive Family; Defining the Condition of, and Nursing to the Abusive Family. A nursing process (encompassing 4 phases) was developed from the above conceptual framework, namely: Data collection; Action Planning and Intervention; Nursing Diagnosis; and Evaluation. Such phases, which are interrelated, have contributed towards assistance implementation. Nursing assistance was performed from April to November 1989, through home calls to a CEPAM (Prevention Center for the Care of the Abused Child) registered family. It was observed that data collection through family heredogram, interactive chart, semi-structured interview, CEPAM derived data and, most of all, nurse/family interaction, were all important factors in assistential practice. Similarly, the diagnosis, the action plan and intervention making use of nurse's roles, and evaluation, were indispensable in attaining the proposed goals.

From this assistential practice, the conclusion was drawn that the conceptual framework revealed itself adequate to assist this family, and the Nursing Process was operational to the point of favoring and directing the necessary assistential action, as per that family reality. We would be quite correct in stating that family and extra-family conflicting

relationship, as well as the definition of what constitutes an abusive situation, are some of the factors interfering at the occurrence of illtreatment.

The main limitations to the present study were the following: short time to perform the study, while a change in the abusive behavior requires a longer timer; the fact of only one family being studied which impeded larger conclusions; the family assistance given by a sole nurse, while a multidisciplinary work on this subject would be necessary.

SUMÁRIO

CAPÍTULO	PÁGINA
I - INTRODUÇÃO.	1.
II - OBJETIVOS	6.
III - REVISÃO DA LITERATURA	7.
3.1. - A Criança Maltratada.	
3.2. - Assistência de enfermagem à família da criança maltratada.	
3.3. - Teoria da interação Simbólica.	
IV - MARCO CONCEITUAL.	42.
V - PROCESSO DE ENFERMAGEM.	52.
VI - IMPLEMENTAÇÃO DO MARCO E DO PROCESSO NA PRÁTICA .	69.
VII - AVALIAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL E DO PROCESSO DE ENFERMAGEM.	242.
VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS.	259.
IX - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.	265.
X - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	268.
XI - ANEXOS.	276.

I - INTRODUÇÃO

Todas as vezes que ministrava aulas sobre pediatria social e discutia com os alunos sobre os Direitos da Criança, declarados pela ONU, perguntava-me o que fazia em benefício da criança neste sentido. O que eu fazia era apenas ministrar aulas teóricas e acompanhamento dos alunos em campo de estágio, assim como, alguns trabalhos de pesquisa durante os cursos de graduação e pós-graduação, ligados as necessidades infantis. Então percebi, que havia muito discurso e pouca prática e isto não me agradava.

Em 1987, durante a disciplina de Enfermagem Pediátrica, foi planejado um seminário onde os meus alunos escolhiam o assunto que gostariam de explorar, com a finalidade de deixá-los desenvolver um tema que fosse de seu agrado. Uma aluna se interessou em saber mais sobre os maus-tratos na infância, pois além do que havíamos comentado, ela leu um livro e achou-o interessante. Emprestei as pouquíssimas literaturas que possuía sobre o assunto e ela trouxe as reflexões para a sala de aula havendo uma discussão muito rica. Isto também aguçou o meu interesse, pois desde criança ouvia minha avó materna dizer que, "em criança não se bate, com a criança a gente senta e conversa". Sempre concordei com ela, mas muitas vezes pensava sobre os motivos que a levariam falar e agir desta forma, assim como, questionava-me sobre os motivos que levariam os pais ao maltrato com seus próprios filhos.

Logo depois, surgiu a possibilidade de realizar o

mestrado e precisava de um mini-projeto sobre a dissertação que gostaria de desenvolver. Então amadureceu a idéia de trabalhar com o maltrato, pois achava que este era um campo que deveria ser explorado pela enfermagem e ao mesmo tempo, poderia realizar algo efetivo em favor dos direitos da criança. O fato de não poder trabalhar com a criança, porque o curso possuía como área de concentração a assistência ao indivíduo, família ou comunidade, deixou-me frustrada. Mas após reflexões, leituras e discussão com algumas colegas sobre o assunto, percebeu-se que o correto seria trabalhar com a família. Havia duas razões bastante fortes que nos fizeram chegar a conclusão que devia-se trabalhar com a família. A primeira eram os objetivos da enfermagem pediátrica, ou seja, assistência global das necessidades da criança em todas as faixas etárias e em todas as fases do desenvolvimento bio-psicossocial e cultural. Entendia-se que, se os enfermeiros pediátricos desempenhassem suas funções, eles deveriam definir um plano de ação mínimo, adaptado as condições individuais de cada criança, levando em consideração que não poderiam dissociar a criança da família.

A segunda razão era por acreditar que, da mesma forma como se esperava que os profissionais estivessem bem informados acerca das implicações e do tratamento dos vários processos patológicos, eles teriam de estar igualmente informados com relação ao abuso infantil. Os profissionais deveriam possuir conhecimento sobre o que era o maltrato, como ele ocorria, o porquê e, principalmente como assistir à criança e à família para que o problema fosse tratado e prevenido.

Portanto, a assistência de enfermagem às famílias de crianças maltratadas era importante, pois de nada adian-

taria assistir à criança dissociada da sua família. E isto não queria dizer que a enfermeira não estaria trabalhando com a criança, muito pelo contrário, ela trabalharia com a criança e a família, o que levaria a melhores resultados. MOGAN (1987) afirmava, que as interações positivas entre pais e filhos eram consideradas como a chave para a satisfação física, emocional e o desenvolvimento social das crianças.

Desde junho de 1987, comecei a ler mais profundamente sobre o assunto e pensar na maneira mais adequada para assistir à família da criança maltratada. Os maus-tratos com a criança na família e na sociedade sempre existiu, desde os primórdios da história da humanidade. Mas só recentemente a literatura tem revelado uma preocupação mais sistemática com este problema. Em 1977, foi fundada a Sociedade Internacional para Prevenção do Maltrato e Negligência na Infância (ISPCAN). No Brasil foi criada em 1985, o primeiro Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMI) em Campinas-SP. E recentemente (1987), foi criada a Associação Brasileira de Prevenção do Abuso e Negligência na Infância (ABPANI). Todos estes, com a finalidade de assistir à criança e à família, assim como prevenir o abuso e a negligência na infância, demonstrando a preocupação dos profissionais em relação aos problemas da criança vítima de maus-tratos. Mas a população em geral, foi sensibilizada em relação ao assunto, em 1988, quando aconteceu o VII Congresso Internacional sobre Prevenção ao Maltrato e Negligência na Infância, realizado no Rio de Janeiro.

Segundo dados estimativos da ABPANI, das 51 milhões de crianças existentes no Brasil, 6 milhões sofrem maltratos e cerca de 100.000 morrem anualmente vítimas desse abuso (Veja, 1988). Percebia-se que o problema da criança maltrata-

da, era um componente importante no contexto de violência e agressividade cada vez mais agravada na nossa sociedade. Os índices de mal-trato da família com seus próprios filhos eram assustadores, mesmo sem levar em consideração que estes índices eram ir- reais, não caracterizando a realidade brasileira, pois muitos casos não eram registrados.

Na revisão da bibliografia foi encontrado um Marco Referencial Teórico, baseado na abordagem social-psicológica. E este, foi utilizado para pesquisar o abuso e a negligência na infância (MILLOR, 1981). Mas para a assistência de enfermagem, não foi encontrado nenhum marco que desse suporte para que isto acontecesse. Os trabalhos utilizam várias estratégias para assistir às famílias maltratantes, como: grupos de pais anônimos; grupos de terapia aos pais; auxílio nas crises; abordagem multiprofissional e aulas à grupos de pais. Todas estas maneiras de assistir à família, tem a finalidade de auxiliar a mudança do seu comportamento abusivo. O trabalho de PEPLAU, descreve os seis subpapéis de atuação do enfermeiro na prática com famílias. Através destes sub-papéis a família era ajudada a desenvolver-se, alterando a dinâmica familiar e os padrões associados com o abuso, tornando-se menos prováveis de ocorrerem em gerações futuras.

Porém, não foi encontrado um trabalho que tivesse um embasamento teórico e uma dinâmica sistematizada para assistir à família através de visitas domiciliares. Por esta razão, foi elaborado um Marco Conceitual e um Processo de Enfermagem para assistir à família da criança maltratada. Pois acreditava que a assistência direta às famílias, era imprescindível na diminuição dos índices de maus-tratos na infância, modificar o comportamento abusivo dos pais na criação de seus filhos e melhorar o estado de saúde familiar interacional.

Aspectos estes, de grande relevância para a diminuição da violência em nossa sociedade e melhoria da saúde de nossa população.

II - OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Prestar assistência de enfermagem à família da criança maltratada física e psicologicamente, usando um marco conceitual baseado na Teoria de Interação Simbólica.

2.2. Objetivos Específicos

- 2.2.1. Elaborar um marco conceitual e um processo de enfermagem, para assistir à família da criança maltratada.
- 2.2.2. Implementar o processo de enfermagem na prática, através do levantamento de dados, diagnóstico, plano de ação e avaliação.
- 2.2.3. Verificar a aplicabilidade do marco conceitual e do processo de enfermagem à situação de maltrato na família.

III - REVISÃO DA LITERATURA

3.1. A Criança Maltratada

Segundo SANTOS (1987), a realidade do maltrato na infância foi negada durante muito tempo, porém citações que comprovam a atitude agressiva dos pais contra seu próprio filho, já são citados nos livros bíblicos. O primeiro caso legal de retirada do pátrio poder pelo juizado de Nova York, aconteceu em 1846, a favor de uma menina severamente espancada, dada a interferência da Sociedade Protetora contra a Violência em Animais. Afirma também que, CAFFEY em 1946, descreveu um caso cirúrgico de hematoma subdural crônico, com múltiplas fraturas de crânio, em idades diferentes de consolidação porém, não as relacionou com maus-tratos. A correlação de achados radiológicos e etiologia traumática surge em 1951, devido aos estudos de SILVERMAN. Mas foi somente em 1962 que KEMPE (Filadélfia), descreveu a "Síndrome da Criança Espancada".

A Síndrome de Maus-tratos na Infância é relatada na literatura, de forma diversa como: a criança abusada e negligenciada, síndrome da criança espancada, síndrome da criança maltratada, síndrome do bebê espancado (SIBE), síndrome de Caffey-Kempe, entre outros. Existem várias definições da violência contra a criança, que variam de acordo com a filiação profissional, com a localização geográfica e com grupos culturais e religiosos.) Assim, para WAECHTER (1979), o abuso infantil pode ser definido em um sentido estreito ou amplo, porém comumente indica a provocação de lesão física em

uma criança ou adolescente abaixo de 18 anos, enquanto ainda sob o cuidado dos pais. Além das lesões físicas declaradas, uma definição mais ampla inclui o molestar sexual e o insuficiente cuidado e proteção, incluindo áreas como a deficiente supervisão física e a negligência quanto às necessidades médicas. Além disso, nas formas passivas de negligência, inclui o mau-trato profissional, tal como uma extrema rejeição que induz a uma insuficiência de desenvolvimento e um desatendimento das necessidades nutritivas.

Considero a interação como um aspecto importante no maltrato, e GIL (1978: 6) incorpora ao seu conceito esta questão dizendo que, "Maltrato físico é o uso intencional, não acidental, de força física, ou o ato de omissão, intencional, não acidental, por parte de um dos pais ou outro responsável, ao interagir com a criança sob seus cuidados, com o objetivo de feri-la, injuriá-la ou destruí-la". Nessa mesma perspectiva, HELFER (In MEYER, 1988), vê o maltrato sob a ótica de uma interação ou falta de interação entre a criança e o seu responsável, que resulte em dano não acidental à sua integridade física ou ao seu desenvolvimento, sendo considerado violência.

A síndrome dos maus-tratos na infância pode ser considerada, ainda, como um conjunto de situações, fatos ou atitudes que redundam em alterações corporais, mentais e sociais, de natureza reversível ou irreversível na criança (Segundo SANTOS et alii, 1986).

Porém, uma definição mais ampla e clara é a de GARBARINO & GILLIAN (1980: 7): "Maltratos são omissões ou ações por um dos pais ou responsável e que são julgados por uma mistura de valores comunitários e por profissionais no assunto, como inapropriados ou causadores de algum dano". Este

conceito, evidencia os quatro elementos que eles consideram fundamentais na definição da violência contra a criança, ou seja: a intenção do autor; o efeito do ato sobre o receptor; a avaliação de um observador sobre o ato; e os padrões em que se basearam essa avaliação.

Existem, ainda, vários autores classificando e especificando os tipos de abuso que existem contra a criança, mas o que considero mais abrangente é a realizada por AZEVEDO (In STEINER, 1986). Os abusos podem ser: abuso físico, entendido como coação através de maus-tratos corporais (espancamentos, queimaduras, mutilações, etc) ou negligência quanto à satisfação das necessidades básicas da criança como, alimentação, vestuário, saúde, segurança, etc.; abuso sexual, quando a coação se exerce através do emprego de força física ou psicológica, objetivando obter a participação da criança em práticas eróticas; abuso psicológico, quando a coação se exerce através do emprego de força psicológica (ameaças, humilhações, privação emocional, etc); abuso trabalhista, quando a coação se exerce através de exploração da mão-de-obra infantil, submetendo a criança a jornadas excessivas de trabalho sem garantias de emprego, em condições de ilegalidade e risco físico e/ou moral; abuso policial, quando a coação se exerce através da tortura dirigida as crianças infratoras (de fato ou presumidas); abuso comercial, quando a coação se exerce através da venda de crianças (muitas vezes camuflada sob o rótulo de "adoção") ou da exploração de sua imagem; abuso político, exercido através de seqüestro e aprisionamento de crianças, seja como instrumento de pressão contra adversário, seja como forma de humilhar e desmoralizar os vencidos.

Apesar da abrangência na classificação dos tipos de abuso existente contra a criança relatados pela autora,

acredita-se que exista mais um, que chamo de abuso profissional ou institucional, ou seja, o emprego de abuso físico, sexual e/ou psicológico, praticado por professores nas escolas, por pessoas que trabalham em instituições de amparo ao menor, amparo ao deficiente, etc, assim como por profissionais nas instituições de saúde. Observa-se que a equipe de saúde é conivente com a realidade hospitalar existente no país, pois a criança com problemas de saúde é impedida de ser acompanhada pela sua família no momento em que mais necessita dela, ou seja, durante a hospitalização. Como se não bastasse, na hospitalização são utilizados manejos inadequados como por exemplo, a imobilização da criança no leito, se for comparada com a mãe que amarra seu filho na mesa, observa-se que a atitude desta também é de proteção, mas no caso da mãe, rotula-se de maus-tratos. Acredito que se necessita rever algumas coisas na assistência de enfermagem para que não sejamos mais um agente de maltrato com a criança.

Após a exploração dos conceitos e tipos de abuso contra a criança, é normal que se queira saber quais são as causas, os fatores que levam os pais a praticá-los com seu próprio filho. E isto é também bastante discutível, mas pode-se afirmar que a violência de pais contra os filhos possui fatores a serem considerados como: características dos pais; características da criança; fatores sociais e ambientais na família maltratante como valores culturais, classe social, estrutura familiar, socialização pela violência, poder e autoridade; assim como estresses ambientais e a ausência de apoio social como facilitadores da violência.

Mas para SCHARER (1979), existem três elementos principais, que são:

- 1) - os próprios pais na sua infância adquiriram potencial

para o maltrato;

- 2) - características da criança: as crianças são especiais de algum modo (defeito de nascença, retardo mental, prematuros, etc.) ou são considerados especiais por seus pais (ex.: gravidez não planejada, não respondem as expectativas dos pais);
- 3) - uma crise de qualquer tipo, pode ser uma coisa aparentemente secundária (ex.: criança quebra uma vidraça) ou alguma coisa mais significativa (ex.: perda do emprego).

O abuso na infância pode resultar de uma disciplina excessiva ou de uma punição severa. Frequentemente resulta quando uma criança é punida por um comportamento perfeitamente apropriado para seu estágio de desenvolvimento, mas que não é reconhecido como adequado pelos responsáveis. MICKITTRICK (1981). No entanto, AJURIAGUERRA (1983), DELUQUI (1985), HUGUES (1984) e outros autores, afirmam que, raramente, os pais admitem sua culpabilidade: quase sempre procuram minimizar sua brutalidade. Alguns nomeiam sua atitude como educativa ou que é conseqüente de sua autoridade indispensável. E isto se confirmam num estudo realizado sobre a violência contra a criança como medida disciplinar realizada por MEYER (1988). A autora conclui que das 35 mães da amostra, apenas uma não utilizava nenhum tipo de punição física. Das 34 mães restantes, 21 (61,67%) utilizavam a violência leve e as 13 demais (37,14%) disciplinavam seus filhos através da violência moderada. O castigo físico ainda predomina na população estudada como medida disciplinar preferencial, a despeito de sua eficiência ou da existência de outras atitudes mais aceitáveis.

Porém, os pais que injuriam ou negligenciam seus filhos têm sido estudados por psicólogos e psiquiatras, a fim

de elucidar as características que eles possuem e que predis-
põem ao comportamento abusivo e negligente.

As características dos pais agressivos segundo AJURIAGUERRA (1983), DELUQUI (1981 e 1985), HUGUES (1984), RUIZ (1985) e WAECHTER (1979) são: apresentam baixo nível de auto-estima, depressão ou estão sob efeito do abuso de medica-
mentos; história de doença mental (psicose, esquizofrenia, paranóia, psicopatologia sociopática, sadismo, etc.), podem ser alcoolistas, apresentar atividade criminal ou explosões temperamentais violentas. Suas expectativas sobre a criança são irreais. As dificuldades financeiras, o desemprego, os problemas conjugais e filhos conscientemente indesejáveis, muitas vezes representam fatores que contribuem para o abuso. Geralmente é uma família com laços interfamiliares deficientes o que poderá torná-la isolada e acentuadamente móvel. Frente a este ambiente de acentuadas restrições familiares e individuais, uma discussão familiar, um problema disciplinar, um despejo ou outra restrição ambiental pode desencadear o abuso infantil. Segundo HUGUES (1974), uma das características mais prevalentes nos pais violentos e negligentes é que eles foram injuriados e/ou negligenciados como crianças (estimativa de aproximadamente 80% ou mais). Esses pais cresceram com modelos ineficazes paternos e foram privados do amor, atenção e interesse necessários a um crescimento e desenvolvimento psicológico saudável.

Na tentativa de buscar dados que confirmem ou rejeitem esses fatores que levam ao maltrato assim como, conhecer a realidade do maltrato, procurou-se nos estudos de pesquisas estas respostas. Encontrou-se um estudo retros-
pectivo de 49 casos da Síndrome da Criança Maltratada, na faixa etária de 0 a 12 anos, em 4 (quatro) municípios da

Grande Florianópolis (Florianópolis, São José, Biguaçu e Palhoça). Este estudo foi realizado por PABIS & CASAS (1988) e revelou aspectos de relevante importância com relação à vítima, ao agressor, à agressão e à denúncia. Quanto à caracterização da vítima no que se refere à sua idade, os dados apontam uma incidência de 38,78% dos casos na faixa etária de 8 a 12 anos. O sexo masculino foi dominante, com 55,11% dos casos. Em relação à caracterização do agressor, foram encontrados 54 agressores, devido ao fato de que em 10 casos, a criança foi agredida por duas pessoas. Quando o agressor pode ser identificado (em 28,59% dos casos essa informação não foi obtida), observou-se que o pai foi o maior agressor, 24,49% destes. Na situação conjugal dos pais agressores, predominou o concubinato em 22,29% dos casos, sendo que 54,84% não puderam ser identificados. A nível cultural e educacional encontrou-se o maior número dos que possuem o 1º grau incompleto em 20,38% dos casos, com instrução até 2º grau, verificou-se 7,4% e 3º grau e analfabetos perfazem o mesmo percentual ou seja, 3,7%. Com relação à idade do agressor, observou-se maior incidência entre 25 a 35 anos de idade, 22,22% do casos. Quanto às formas de agressão, registraram-se 81,64% dos casos por espancamento. Em relação ao instrumento utilizado pelo agressor, a maior incidência, de 75,32% foi o contundente. Na caracterização do denunciante, observou-se que dos 49 denunciante, 63,27% dos casos, foi a própria família. Entre os denunciante, o sexo feminino prevaleceu com 46,94% dos casos e com predomínio de idade inferior a 35 anos (28,57%).

A Revista Veja, publicou que o Centro Regional de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (CRAMI - Campinas), acolheu 1113 crianças no período de agosto de 1985 à maio de

1988. A análise desses casos revela o seguinte: a agressão física lidera o tipo de violência contra a criança (58%). A falta de atenção médica e alimentar é o segundo grande crime (13%), seguido do abandono (7%), maus-tratos psicológicos (6%) e outros crimes (16%). O primeiro filho é recebido com amor, mas a insegurança ou a inexperiência dos pais, o transforma no alvo predileto de maus-tratos (36%), seguido do segundo filho (23%), terceiro filho (17%), diminuindo o percentual sucessivamente em relação ao número de filhos. A criança entre 8 e 15 anos de idade são as principais vítimas de violência dos adultos (39%). O segundo lugar é das crianças de 3 a 7 anos totalizando 36%, as crianças de um mês a 2 anos perfazem 18% dos casos e os adolescentes acima de 16 anos sofrem menos (7%).

Portanto, pode-se afirmar que a agressão física é a forma de maltrato mais utilizada pelos pais contra a criança, assim como, as crianças entre 8 e 15 anos são as maiores vítimas de violência na família.

No estudo sobre a vitimização sexual de crianças e adolescentes em família, realizado em São Paulo, AZEVEDO & GUERRA (1988) analisaram 168 casos denunciados em 1981 à Polícia, ao Juizado de Menores, à FEBEM. O estudo permitiu o seguinte diagnóstico: as vítimas são preferencialmente mulheres e têm em média 10 anos. Os agressores são preferencialmente homens, na faixa dos 30/39 anos de idade. Entre os agressores, há mais pais biológicos e trabalham geralmente no setor de produção industrial. A gravidez aparece como consequência indesejável e traumática. Atos de força são praticados pelo agressor como manobra coercitiva da vítima. É um processo cercado pelo "complô de silêncio", decorrente da natureza de interdito, característica do incesto em nossa

sociedade. O fenômeno é de baixo índice de denúncia e as mães e as madrastas são as principais denunciantes.

Na história das vítimas de incesto paterno na infância ou adolescência, foram levantadas as características, efeitos imediatos e de longa duração subseqüentes. BRUNNGRABER (1986), entrevistou 21 mulheres e concluiu que as vítimas de incesto podem sofrer de distúrbios emocionais, sociais, físicos, de auto-identificação, além de dificuldades interpessoais e familiares, embora predominem as dificuldades psicológicas.

Os estudos descritos, trazem informações importantes, mas são escassos e não respondem a todos os questionamentos quando se pensa em maus-tratos. Essa falta de estudo se deve à falta de conhecimento dos profissionais de saúde em suspeitar, diagnosticar, denunciar e assistir a estes casos. Se faz necessário também que a sociedade denuncie os casos de maus-tratos, pois, segundo MEYER (1988), a violência contra a criança continua sendo acobertada, tendo como cúmplice a justificativa cultural. FERREIRA & STEINER (1986) afirmam, bater nos filhos é um acontecimento tão comum, quanto considerado necessário. Muitas vezes a denúncia da violência contra a criança, conforme o estudo de GUERRA & MARQUES (In MEYER, 1988) constataram, só chega ao conhecimento das autoridades competentes por intermédio da própria criança.

As razões dos subregistros decorrem de fatores de ordem médico-profissional, cultural e de ordem legal. NEWBERGER & HYDE JR. (1975) afirmam que existem razões que indicam como falhas do estado mórbido, o temor de aparecer na imprensa, o temor de transtornos legais e implicações, quando do comparecimento ao tribunal de justiça e o medo do revanchismo contra bens pessoais, membros da família ou contra o

profissional.

Portanto, a incidência de maus-tratos na infância, no Brasil, é desconhecida pela falta de estatística a nível regional. SANTOS (1987), diz que o número diagnosticado em serviços médicos é, pelo menos, quatro vezes inferior ao que está ocorrendo realmente naquele instante e naquela localidade. Entretanto, sabe-se que a nível nacional, segundo dados da Associação Brasileira de Prevenção do Abuso e Negligência na Infância (ABPANI), publicado na Revista Veja em setembro de 1988, que dos 51 milhões de crianças existentes no Brasil, 6 milhões sofrem maus-tratos e cerca de 100.000 morrem, anualmente, vítimas de abuso.

A nível regional, foi realizado um estudo retrospectivo acerca dos casos de maus-tratos na infância, atendidos em pronto-socorros infantis de Campinas-SP, por SANTOS et alii em 1986. Os autores concluíram que, de janeiro de 1981 a julho de 1985, foram atendidas 1251 crianças vítimas de maus-tratos, correspondendo a menores de 18 anos do sexo masculino e menores de 16 anos do sexo feminino, com um total de 104 óbitos. As formas de maus-tratos foram agressões corporais e abuso sexual.

Em Santa Catarina, não existe estatística global e real em relação ao índice do maltrato na infância. O Jornal de Santa Catarina em 1985, publicou que no Hospital Joana de Gusmão - Florianópolis, a estatística demonstra maior incidência de espancamentos em crianças de até oito anos. Porém, muitos casos atendidos pela emergência do Hospital, não são registrados como ato de violência por parte dos pais, tendo em vista a dificuldade de averiguação e omissão da própria família.

A criação de Centros de Proteção e Prevenção do

Abuso e Negligência contra a Criança, é um dos meios viáveis para que as denúncias sejam feitas, assim como, para que os profissionais possam atuar de maneira mais eficiente. Estes centros, que estão sendo criados em vários locais, auxiliam muito para que a equipe multiprofissional conheça a realidade sobre o maltrato e encontre maneiras adequadas para assistir a estas famílias.

Segundo SANTOS (1987), a primeira sociedade para prevenção da crueldade em crianças foi criada em 1871, na cidade de Nova York, representando um grande avanço contra a atitude violenta do ser humano.

A Sociedade Internacional para Prevenção do Maltrato e Negligência na Infância (ISPCAN), foi fundada em 1977, com o objetivo de prevenir a crueldade contra a criança em todas as nações, sob a forma de abuso, negligência ou exploração e para portanto, capacitar as crianças do mundo a se desenvolverem física, mental e socialmente de modo saudável e normal. Com este mesmo objetivo e contando com o apoio de entidades internacionais, foi criado recentemente (1987) a Associação Brasileira de Prevenção do Abuso e Negligência da Infância (ABPANI), com sede em Belo Horizonte - M.G.

No Brasil, contamos com alguns centros de atendimentos à criança vítima de maltratos, sendo que o pioneiro a nível nacional, foi o "Centro de Atendimento aos Maus-Tratos na Infância" (CRAMI), criado em julho de 1985 em Campinas-S.P. Este centro ampliou-se, havendo atualmente entidades CRAMI funcionando em nove regiões do estado de São Paulo. SANTOS (1988).

Foi criado em São Paulo, em janeiro de 1988, por iniciativa da Secretaria do Menor, um novo programa chamado a "Rede Criança", também com a finalidade de combate or-

ganizado à violência que atinge crianças e adolescentes na faixa de 0 a 18 anos.

Em Goiânia surgiu o "DISQUE-CRIANÇA", com o apoio da UNICEF, este plantão registrou em 9 (nove) meses, 95 denúncias de abuso contra a criança. Em Belo Horizonte, um plantão do mesmo tipo funciona desde agosto de 1988, e em 2 (dois) meses registrou 553 chamadas relacionadas a alguma forma de maus-tratos infantis. Veja (1988).

MEDEIROS et alii (1988), relata um trabalho que foi elaborado por profissionais que atuam no "Programa de Ações Integradas de Saúde Materno-Infantil" em São Luiz, Maranhão. Este, tem como objetivo a mobilização de futuros pais e de pais que apresentam atitudes de violência e/ou negligência em relação aos filhos, para que recebam informações quanto à importância de seu papel na formação de seus filhos.

Em Porto Alegre-RS, existem dois Comitês e um programa, onde equipes de saúde multidisciplinar prestam atendimento a crianças maltratadas e aos pais que maltratam. ANSELMÍ et alii (1988), declara que um dos comitês é o de "Direitos da Criança do Hospital Santo Antônio", e BARROS et alii (1988), descreve que existe o "Comitê de Proteção a Criança do Hospital da Criança Conceição, no Hospital Conceição, funcionando há 9 meses. Um programa está sendo realizado há cinco anos na Central de psiquiatria do INAMPS (KNIJNIK & ANSELMÍ, 1988).

Em Tubarão-SC, em outubro de 1987, foi criado o "Centro Preventivo de Atendimento ao Menor Vítima de Maus-Tratos" (CEPAM), pelo Juizado de Menores e pela Sub-Coordenação de Reintegração Social do Menor da Coordenadoria Regional de Tubarão, da Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Comunitário. Este centro, assim como os outros citados

anteriormente, tem como objetivo principal atender o menor vítima de maus-tratos, bem como a sua família.

O Juizado de Menores da Comarca de Joaçaba-SC., com jurisdição em sete municípios (Joaçaba, Herval D'Oeste, Catanduvas, Jaborá, Água Doce, Ibicaré e Treze Tílias), criou em junho de 1988 o serviço "SOS-MENOR - 22.0755", para receber denúncias anônimas, através deste telefone, nas 24 horas do dia inclusive sábados, domingos e feriados. Os objetivos deste serviço em defesa da infância e do adolescente vítima de violência dentro e fora da família, são de estruturar o plantão visando ao atendimento sistemático à clientela, através de triagem, verificação, orientação e encaminhamento. Desde a sua implantação até setembro de 1989, este serviço atendeu uma média de 8 (oito) denúncias "concretas" mensais.

Portanto, no Brasil, sabe-se até o momento, da existência de onze centros, seis programas e dois comitês, com atuação de equipes multidisciplinares, com maior ou menor estrutura para que haja assistência às crianças maltratadas e pais maltratantes.

Um pouco diferente dos anteriores, existe ainda a "Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência" (ABRAPIA), que é uma associação sem fins lucrativos, fundada em novembro de 1988, no Rio de Janeiro-RJ. Ela surgiu devido à necessidade sentida por profissionais em tornar evidente uma intensa mobilização para transformar a realidade da situação de risco que envolve a criança e o adolescente. A ABRAPIA, entende por maus-tratos, "a violência física e psicológica, o abandono e a negligência dos pais e da sociedade em geral em relação às necessidades básicas da criança e do adolescente para o seu adequado desenvolvimento".

Para atender estas crianças, o objetivo da associação é, esclarecer a população através de uma intensa campanha nos meios de comunicação e criar dois programas específicos que são o "SOS CRIANÇA" e o "LÁCRIMA". O primeiro programa, visa receber pessoalmente, por correspondência ou por telefone, informações, solicitações, indagações e denúncia sobre situações de risco para a criança e o adolescente, assim como assistir à criança e à família e promover campanhas junto à comunidade para a resolução do problema. O programa "LÁCRIMA" (Lar da Criança Maltratada), pretende criar um local onde crianças de 0 a 6 anos, vítimas de maus-tratos físicos ou psicológicos graves, seriam provisoriamente abrigados após a alta hospitalar e até a obtenção da melhor solução para cada caso. Além destes 2 (dois) programas, pretende criar também o "Grupo de Prevenção de Queimaduras e de Apoio à Criança Gravemente Queimada", com o objetivo de prevenir as queimaduras graves e muitas vezes letais, e o "Programa de Hospitalização da Criança Acompanhada (PHOCA). Este último é desenvolvido no Hospital Municipal Souza Aguiar, no Rio de Janeiro-RJ, desde 1982, pretendem estender este programa a todos os hospitais e criar o "Projeto Mãe Vetora de Cuidados Básicos de Saúde", que visa transmitir noções básicas de saúde para mães e transformá-las em veículo de divulgação deste aprendizado.

Deve-se estar ciente também, de que o maltrato e a negligência são uma violação aos direitos da criança. Existem o Código Civil Brasileiro, Código de Direito do Menor, Declaração dos Direitos da Criança e a Nova Constituição também enfatiza esta questão.

Segundo GUERRA (1985), além do Código Penal estabelecendo como delito os maus-tratos, o nosso Código Civil

decreta a perda do pátrio poder em decorrência de ato judicial, conforme o artigo 395 que, "pode ocorrer, entre outras causas, pelo abandono e aplicação de castigos imoderados". STEINER (1986), faz uma ressalva importante quanto a este artigo, lembrando que a aplicação moderada de castigos, com base no direito de exigir obediência e respeito, é considerado exercício normal do pátrio poder. Este artigo, para STEINER (1986) e GRÜNSPUN (1985), deve ser reavaliado pois não protege a criança integralmente, prejudicando ou retardando o seu desenvolvimento assim como, não define o que é castigo moderado e imoderado.

O Código de Menores (instituído pela Lei 6.697 de 10.10.79), segundo GUERRA (1985), considera em situação irregular, "... o menor vítima de maus-tratos ou de castigo imoderados impostos pelos pais ou responsáveis". Para GRÜNSPUN (1985), o enquadramento do menor nessa categoria, pode significar a perda ou a suspensão do pátrio poder.

Para proteger a criança, temos também a Declaração dos Direitos da Criança, proclamada pela Assembléia das Nações Unidas, em 20.11.1959, da qual o Brasil é signatário. Além de outros princípios também importantes, esta declaração especifica no princípio IX que, "... a criança deve ser protegida contra quaisquer formas de negligência, crueldade e exploração...".

A Nova Constituição Brasileira de 1988, no capítulo VII, artigo 227, descreve: "... é dever da família, da sociedade e do estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, ..., além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência e opressão". No parágrafo 4 nos diz que, "... a lei punirá severamente o abuso, a violência

e a exploração sexual da criança e do adolescente".

A violência contra a criança e o adolescente em todos os seus aspectos, mostra que é urgente a organização da sociedade no sentido de prevenir e coibir essa situação, bem como para prestar assistência integral, efetiva e contínua às vítimas de maus-tratos. Visto que, a assistência integral à criança implica na assistência à sua família, assim como a revisão da bibliografia demonstra que as causas desta violência estão diretamente ligados a fatores de ordem familiar, tentamos conhecer quais as maneiras possíveis de enfrentar este problema tão complexo.

3.2. Assistência de Enfermagem à Família da Criança Maltratada

A nível nacional, várias revistas de publicação usada pela enfermagem foram revisadas, mas infelizmente até o momento não foi encontrada nenhuma publicação sobre a assistência de enfermagem à família ou à criança maltratada. A nível internacional, também são poucas as publicações mas as existentes sugerem algumas coisas que considera-se adequado também para a nossa realidade.

A criação de Centros de Proteção e Prevenção do Abuso e Negligência contra a Criança, é um dos meios viáveis para que as denúncias sejam feitas e com isto auxiliam para que se conheça a realidade local. Estes centros prevêm a atuação de uma equipe multidisciplinar, a qual considera-se indispensável para a assistência da família e da criança maltratada.

A abordagem multidisciplinar, segundo LUDWING, KREITZER, GRINDLEY (1981), entre outros, vem sendo utilizada

amplamente pelos profissionais da saúde que trabalham com famílias que maltratam seus filhos. Permite aos enfermeiros, médicos, assistentes sociais e outros profissionais colaborar na solução deste problema.

Entre as muitas funções da equipe, LUDWING (1981), diz que elas podem ser resumidas assim: partilha de informações, tomada de decisões, apoio aos membros da equipe e planejamento de ações.

Para que os profissionais de saúde possam fazer uma avaliação clínica do mau-trato, THOMAS (1981) acredita que eles deverão fazer uma coleta de informações (com a vítima e com os progenitores), uma tomada de decisões (através da discussão com os colegas para tentar validar a suspeita de abuso) e uma intervenção preliminar (através da avaliação e aconselhamento dos pais e de outros membros da família assim como, uma avaliação e aconselhamento da vítima).

Nesta avaliação clínica, é necessário que a equipe saiba reconhecer todos os sinais e indicadores de abuso e abandono, especialmente aqueles manifestados antes de uma criança sofrer uma lesão séria. Entre os vários sinais e indicadores, MCKITTRICK (1981) destaca:

- Indicadores de Abuso Sexual como, sangramento, lacerações vaginal e/ou retal inexplicável; dor na micção; dor, edema ou prurido na região genital; mau tônus esfinteriano; presença de doença venérea; gravidez na adolescência; retorno aos padrões de comportamentos anteriores, que já haviam sido superados pela criança; relacionamento dos pais com o filho, etc.

- Indicadores de Abuso Físico como, equimoses e lesões na face, lábios, dorso, nádegas, coxas ou em grandes áreas do tronco; freqüentemente essas lesões aparecem em grupo e

refletem o instrumento utilizado na agressão como a fivela de um cinto, fio, etc; ferimentos em vários estágios de cicatrização, em diferentes lugares do corpo; queimaduras na planta dos pés, palmas da mão, dorso e nádegas são mais freqüentes, realizadas por cigarro, ferro, água quente; fraturas e luxações incompatíveis com a história; fraturas múltiplas em vários estágios de consolidação; marcas de mordidas; áreas de calvície provocadas por tração; etc.

- Indicadores de Abandono e Negligência como, peso abaixo do normal provocado por alimentação inadequada; padrão de crescimento e desenvolvimento anormal; distensão abdominal ou demonstra consumo de tecido subcutâneo; má higiene corporal; roupa suja e inadequada para o clima; calvície em bebê, pela longa permanência no berço em uma só posição; pode apresentar problemas dentários graves, estar incorretamente imunizada e com necessidade de assistência médica; etc.

- Indicadores de Comportamento na Criança como, a criança se retrai ao contato físico com adultos; pode apresentar medo visível dos pais; olhar vago ou de maneira distante; ausência de choro em situações amedrontadoras; medo de ir para casa; auto-imagem baixa; podem ser extremamente agressivos ou extremamente retraídos; viciados em drogas ou álcool, envolvidas em atos delinqüentes; etc.

- Indicadores de Abuso Emocional como, distúrbios de hábitos tais como, sugar, morder ou balançar; enurese; distúrbios de alimentação e/ou sono; inibição para brincar e um medo incomum, etc. O abuso emocional pode ocorrer independente de outro tipo de abuso, porém as crianças fisicamente abusadas quase sempre são afetadas emocionalmente.

A autora afirma ainda, que os indicadores podem ser físicos ou de comportamento, ou podem ser discretos ou

evidentes e geralmente acontecem em grupo ou em combinação. Os indicadores de abandono nem sempre são iguais aos indicadores de abuso. A presença de um único indicador, não prova necessariamente que uma criança está abandonada ou negligenciada. O que deve alertar os profissionais, é a presença de vários indicadores de um padrão ou uma combinação destes.

O enfermeiro é um membro importante da equipe multidisciplinar que atua na assistência aos casos de maus-tratos na infância. MISENER (1986) alerta, que o enfermeiro deve determinar as suas funções nos programas de tratamento e prevenção da criança maltratada. Porém, segundo HEINDL (1981), espera-se que os enfermeiros proporcionem uma assistência de apoio, não só à criança lesada, como também à família. A prestação de serviços às famílias identificadas como abusivas, requer uma intervenção educacional apropriada, intensa e a longo prazo.

A primeira coisa que os enfermeiros necessitam ao prestar assistência adequada à criança abusada e à sua família, segundo SMITH (1981), é reconhecer os seus próprios sentimentos acerca do problema. Por ser um assunto muito complexo, os enfermeiros devem ter oportunidade de examinar os seus próprios sentimentos e preconceitos em relação ao maltrato. Isto é importante, porque o enfermeiro pode sentir-se inclinado a punir os pais e proteger a criança. Porém, ele precisa considerar, que muitas pessoas que abusam de seus filhos, têm boas intenções, cuidam do bem-estar de seus filhos e procuram ensiná-los melhor. O enfermeiro precisa saber que esses pais, na sua maioria, não ficam felizes com o que estão fazendo. Compreender o sentimento dos pais é muito importante para prestarmos uma boa assistência, pois eles podem apresen-

tar-se de várias formas como, defensivos, agressivos, hostis, magoados, solitários, etc. Precisamos também, compreender a origem e o desenvolvimento de padrões abusivos adotados na educação das crianças. A paternidade é aprendida e os pais que negligenciam suas crianças ou delas abusam, em geral receberam lições muito poderosas de seus próprios pais. A relação criança-pais, deve ser mantida. Os enfermeiros podem encorajar as interações entre eles, proporcionando apoio a ambos quando necessário.

As características e fatores que predispõem ao maltrato na criança, demonstram que a família tem problemas de interação, físicos, psíquicos, econômicos, sociais e/ou culturais, portanto eles necessitam de assistência. A assistência de enfermagem às famílias de criança maltratadas é importante, pois de nada adianta assistir à criança dissociada da família. MISENER (1986) reforça que, nesta época em que a enfermagem sustenta o seu interesse na assistência integral do paciente, esta assistência deve ser centrada na família. Isto também porque, a reincidência da agressão poderá ocorrer. Segundo SANTOS (1987), freqüentemente as crianças que retornam aos seus lares, correm riscos de 50% de reincidência do abuso, 25% de dano cerebral e 10 a 20% de risco de vida.

Essa idéia de que o tratamento da família deve constituir-se no primeiro alvo, é defendida também por HAYES (1981), pois garante-se a segurança da criança. Essa prioridade no tratamento se baseia na história paterna de privação emocional ou seja, necessidade de amor, de aceitação e de aprovação dos pais. No tratamento, deve-se obter uma boa compreensão da dinâmica familiar, de suas interações e dos meios que utilizam para enfrentar os estresses de suas vidas.

Para RUIZ (1985), psicóloga e terapeuta da família,

é imprescindível a assistência direta às famílias para mudar as alternativas tradicionais do abuso físico e psicológico de criação dos filhos. Este trabalho com as famílias tem a vantagem de atender um maior número de pessoas, pois cada família assistida não só melhorará seus padrões de interação, como também, cada membro poderá ser multiplicador de alternativas de ajuste e controle, para benefício de suas famílias e, em consequência, para a comunidade. A assistência familiar é importante para melhorar as condições de saúde das famílias.

Confirmando estas colocações, GRINDLEY diz que, "... as crianças vítimas de abuso físico e psicológico, não serão crianças sadias e nem adultos sadios".

Portanto, não se tem dúvidas de que o tratamento da família é importante e necessário. Os autores anteriores sugerem como deve ser esta assistência. Mas para a assistência de famílias abusivas e negligentes, PEPLAU (In SCHARER, 1979) descreveu os seis subpapéis que formam o papel de trabalho da (o) enfermeira(o). Os seis subpapéis são: de mãe substituta, técnica, gerente, professora, agente socializadora e o de conselheira ou enfermeira(o) psicoterapeuta. Estes subpapéis são usados como base teórica para descrever o funcionamento e as intervenções disponíveis para a(o) enfermeira(o) em seu trabalho com estas famílias dentro da comunidade. Embora todos os seis subpapéis sejam raramente empregados durante uma mesma visita, todos são usados em alguma ocasião durante o tratamento com a família, o qual pode durar de 6 (seis) meses até 2 (dois) ou 3 (três) anos.

A autora além de descrever detalhadamente estes subpapéis, cita um exemplo na prática de enfermagem utilizando-os. Saliencia ainda, que o processo de término da atuação da(o) enfermeira(o) com a família não é súbito e pode levar alguns

meses. Através da utilização desses subpapéis, a família é auxiliada e desenvolve-se alterando a dinâmica familiar e os padrões associados com o maltrato, tornando-os menos prováveis de acontecerem em gerações futuras.

Outra maneira de assistir aos pais que praticam maus-tratos em seus filhos, é ministrando aulas, a fim de que eles aprendam a como interagir positivamente com seus filhos. SODITUS & MOCK (1988), relatam que em 1981, enfermeiras de Saúde Pública recebiam estes pais por encaminhamento dos assistentes do serviço de proteção ao menor, por enfermeiras e pelo Juizado de Menores. Elas estabeleceram 3 (três) metas e os correspondentes objetivos para desenvolver as aulas, com a finalidade de garantir as mudanças no comportamento dos progenitores. Elas afirmam, que para realizar esta tarefa, as enfermeiras devem primeiramente identificar as barreiras que existem para o aprendizado dos progenitores. Nas séries de 8 (oito) aulas, cada uma com 2 horas, as enfermeiras evitam uma abordagem autoritária, a fim de facilitar a socialização. Empregam uma estrutura participativa, democrática, de liberação, onde pais defensivos e isolados, interagem com o grupo. É utilizada a abordagem de Warrem Bennis, normativa-reeducativa, a qual motiva os pais a mudarem seus sistemas de valores e atitudes. A troca de idéias é fundamental, pois ao identificar os problemas, os indivíduos agem nas soluções. O conteúdo das aulas cobre o desenvolvimento da criança desde o nascimento até os 6 (seis) anos de idade: o desenvolvimento e os folguedos das crianças; disciplina e treinamento de toilete; jogos, nutrição e alimentação; segurança e saúde; disciplina e problemas comuns de comportamento; necessidades individuais dos pais; e as expectativas dos pais versus a realidade. Nestas 8 (oito) semanas, elas observaram o progresso

dos pais em relação às metas propostas e avaliaram a absorção do material de duas maneiras: ouvindo os relatórios dos pais sobre a sua prática com o material aprendido assim como, pedindo aos pais que fizessem um resumo ao final de cada sessão sobre o que aprenderam.

As autoras revelam ainda, que os benefícios deste trabalho é o "feedback" verbal positivo dos participantes, o trabalho em grupo é efetivo no tocante aos custos e é capaz de atender mais clientes num período definido de tempo. As limitações deste trabalho, são a falta de garantia sobre a mudança de comportamento destes pais e a falta de reforço continuado para que mantenham esta mudança. A solução para estas limitações seriam visitas domiciliares. Elas acreditam que esta série de aulas seja a forma de intervir para romper a cadeia de abuso infantil, reforçando as relações progenitores-filhos.

Existem ainda, programas de tratamento para os pais abusivos, cujo objetivo é oferecer suporte aos pais deficientes em uma ou mais áreas, na tentativa de melhorar ou moderar os episódios abusivos, aumentar a força de subsistência dos pais e diminuir a origem do "stress". BROOME & DANIEL (1987) citam estes programas de tratamento que na sua maioria são destinados a trabalhar com os pais abusivos e não com a criança abusada. Estes programas têm pouco tempo de evolução, com isto dificulta a decisão de qual estratégia pode ser efetiva no trabalho com estas famílias. Nestes programas, a intervenção é realizada com grupos de pais abusivos, tais como: 1) pais anônimos; 2) classe de educação dos pais; 3) grupos de terapia dos pais; 4) centros de auxílio nas crises.

O primeiro programa ou seja, os grupos de pais anônimos possuem uma atmosfera na qual a aceitação e en-

corajamento dos indivíduos que abusam suas crianças são mantidos. A meta destes grupos é ajudar os pais abusivos a aprenderem mais sobre si mesmos e outros caminhos que os pais têm para dirigir as suas frustrações.

O segundo programa, são as classes educacionais para os pais, lhes ensinam sobre o crescimento e desenvolvimento das crianças e os cuidados com a criança. Os pais abusivos não são realistas em suas expectativas com a criança e esses programas empenham-se em aumentar a consciência dos pais, das necessidades da criança, através de discussões das necessidades mútuas na relação pais-criança.

O programa seguinte, chamado de grupos de terapia dos pais, auxilia para que os pais abusivos melhorem os seus sentimentos com relação a eles mesmos. Estes programas possuem visitantes que vão em suas casas, no relacionamento entre eles, o visitador encoraja e valida as experiências dos pais abusivos com seus próprios pais. Neste tipo de programa, os pais são ativamente envolvidos e as condutas positivas são imediatamente reforçadas.

O quarto e último programa para os pais é o centro de crises, ele auxilia os pais no momento de crise para que desabafem as suas frustrações. Os pais são assistidos durante os sete dias da semana nas 24 horas do dia, por voluntários treinados. A meta deste programa é reduzir a incidência de crianças abusadas, pois os pais são atendidos por alguma pessoa que os ouvirá pelo telefone e os ajudará a encontrarem decisões para a solução de seus problemas.

BROOME & DANIEL citam ainda uma maneira de assistir às crianças abusadas, que é através de jogos. O objetivo da terapia por meio de jogos, é ajudar a criança a dominar o "stress" do abuso, ensinar a criança a desabafar a sua

frustração e raiva por caminhos não violentos, assim como, para que a criança expresse suas necessidades e sentimentos. Os resultados desta terapia demonstram significativa melhora das crianças, porque elas verbalizam suas ansiedades e tristezas durante os jogos.

Portanto, a intervenção da enfermagem na assistência, com terapêuticas diversas e o máximo de resoluções para as dificuldades psicológicas da criança e da família é necessária. SMITH (1981) e SCHARER (1979) reforçam que o tratamento existente que essas famílias necessitam, ainda está sendo explorado e avaliado. BRUNNGRABER (1986), sugere que as enfermeiras façam pesquisas adicionais, porque os estudos sobre maus-tratos ainda são poucos e precisam ser validados. Mas também não é só a pesquisa que irá auxiliar as enfermeiras, MISENER (1986), afirma que a participação da enfermeira em debates, congressos, etc, sobre a definição, tratamento e prevenção, irá prepará-la para reconhecer as ações dos pais potencialmente abusivos e negligentes assim como, para assistir e prevenir os maus-tratos com a criança.

As enfermeiras que não estão qualificadas ou que não concordam com a prática da assistência à família da criança maltratada, têm contudo obrigação profissional de conhecer e fazer denúncias de suspeita de abuso e negligência.

Segundo RHODES (1987), todas as enfermeiras que cuidam de crianças, são qualificadas para denunciar o abuso em criança e têm obrigação legal de alertar as agências de proteção à criança. Caso isto não aconteça, estão sujeitas a penalidades civis ou criminais. Para proceder à denúncia, é importante: nome e endereço da criança e dos pais ou responsáveis; idade da criança e onde ela se encontra no momento; natureza e extensão da injúria apresentada (com detalhes);

alguma evidência de injúrias anteriores, tais como marcas ou contusões cicatrizando; nome, idade e condições de outras crianças da casa; descrição da injúria pelos pais ou responsáveis; pessoa responsável pela injúria (se conhecer), ou nome das pessoas responsáveis pela criança no momento da injúria; porque a criança é suspeita de abuso (resumidamente); alguma outra informação que possa servir de auxílio no estabelecimento da causa da injúria ou que auxilia na assistência da criança.

Reafirmando esta questão, HEINDL (1981) diz que, como informantes autorizados, as enfermeiras terão de estar cientes de suas responsabilidades profissionais ao identificar e comunicar os casos de maltrato. Isto não se limita apenas à criança hospitalizada, mas também ao papel da enfermagem com relação aos pacientes ambulatoriais assim como, na comunidade e nos ambientes escolares.

Em relação à prevenção do abuso na infância, MICKITTRICK (1981) afirma que os pontos chaves são, o reconhecimento precoce dos indicadores de abuso e a comunicação para os órgãos de proteção à criança.

Mas para GRINDLEY (1981), a enfermeira representa uma pessoa coerente para se envolver de perto na prevenção do abuso de crianças, devido ao seu contato freqüente com crianças vítimas de abuso, assim como com a sua família. Para promover a prevenção, a enfermeira pode agir nos períodos pré-natal, perinatal e pós-parto. Através da observação, questionamentos e do comportamento dos progenitores, ela poderá encontrar situações de risco de abuso. Após fazer uma avaliação, a enfermeira poderá ter uma intervenção apropriada, que ajudará os pais em suas necessidades e assim evitar o abuso. Salienta ainda, que às vezes, a enfermeira age com base em

suposições que tomam o lugar das avaliações. Agindo com base em suposições, o enfermeiro poderá rotular erroneamente os pais, bloqueando, assim, o amadurecimento destes. Quando agir com base em avaliação, os pais terão apoio, informação e tempo para meditar, fomentando-se assim um ambiente positivo para o crescimento dos pais.

É necessário, também, que existam recursos financeiros destinados a apoiar os programas de assistência e prevenção do abuso com a criança. Segundo GRINDLEY (1981), estes recursos não aparecerão milagrosamente pelo simples fato da proposta ser meritória. Os recursos poderão chegar se houver dados sólidos e relevantes, se os programas propostos são claramente definidos em relação ao seu propósito e objetivos, se for possível mostrar que os benefícios superam os custos, se os defensores do programa souberem como utilizar efetivamente o processo político e se forem persistentes em seus esforços.

3.3. Teoria da Interação Simbólica

HAGUETTE (1987) nos descreve, que a escola da interação simbólica se reporta em origem a clássicos da sociologia do fim do século XIX, tais como Charles Horton Cooley (1864-1929), W.I.Thomas (1863-1947) e George Herbert Mead (1863-1931), embora o termo interacionismo simbólico tenha sido cunhado somente em 1937 por Herbert Blumer. Os pontos comuns entre os autores, envolve as concepções da sociedade como um processo, do indivíduo e da sociedade como estreitamente inter-relacionados e do aspecto subjetivo do comportamento humano como uma parte necessária no processo de formação e manutenção dinâmica do "self" social e do grupo social.

A obra que mais contribuiu para a conceptualização da perspectiva interacionista foi a de Mead, cujo livro principal que escreveu foi "Mind, Self and Society", em 1934. Seu livro é póstumo, e foi organizado por editores a partir de palestras, notas e manuscritos fragmentários que o autor deixou. Mead preocupou-se basicamente em ilustrar suas proposições a partir de fatos da vida cotidiana, e é isto que o faz ser o livro mais importante e influente na área da interação simbólica.

O foco principal do estudo do interacionismo simbólico quando adaptado a estudos da família, é o seu funcionamento interno, possui como áreas estudadas também, as definições e conceitos de papéis; o processo de socialização da criança e desenvolvimento da personalidade dentro da família; relação pais e filhos; solução de problemas; interação neurótica na família e no casamento; entre outras áreas. Este foi um dos motivos que nos estimulou a aprofundar os nossos conhecimentos sobre a teoria e aplicá-los na nossa prática.

A teoria do interacionismo simbólico tem vários conceitos, como: interação simbólica; ação social; ambiente simbólico; definição de situação; posição; papel; família; relacionamento interpessoal; grupo; entre outros. Segundo BLUMER (In HAGUETTE, 1987: 38), "Os conceitos são fundamentais para o ato de investigação e devem ser definidos a partir da colocação dos problemas. São eles que guiarão a busca de dados, a tentativa de relacioná-los, assim como a interpretação dos resultados". Utilizamos alguns conceitos desta teoria, eles estão relacionados no capítulo seguinte, quando descrevemos o marco conceitual.

De acordo com BLUMER (In HAGUETTE, 1987), são três

as premissas básicas do interacionismo simbólico:

1 - O ser humano age com relação às coisas na base dos sentidos que elas têm para eles. Estas coisas incluem todos os objetos físicos, outros seres humanos, categoria de seres humanos (amigos ou inimigos), instituições, idéias valorizadas (honestidade), atividades dos outros na sua vida cotidiana;

2 - O sentido destas coisas é derivado, ou surge, da interação social que alguém estabelece com seus companheiros;

3 - Estes sentidos são manipulados e modificados, através de um processo interpretativo usado pela pessoa ao tratar as coisas que ela encontra.

Consideramos importante descrever as seis pressuposições básicas relatadas por MAURIN (1983), porque elas esclarecem ainda mais a teoria do interacionismo simbólico, são elas:

1 - O valor principal do comportamento psicossocial do ser humano pode ser obtido somente por estudo no ser humano; eles não podem ser obtidos de estudos em espécies animais. A interação simbólica é interessante e distingue as características do ser humano, que é qualitativamente diferente de outros animais vertebrados;

2 - A criança entra neste mundo como um ser não social. Sua natureza original é flexível. Apesar do recém-nascido ser ativo, seus impulsos não são dirigidos para nenhum fim social específico. O recém-nascido deve aprender a ser social;

3 - A sociedade precede o indivíduo. Os indivíduos nascem e já existem na sociedade com uma cultura, e eles são socializados para alguns significados de acordo com o compor-

tamento esperado desta sociedade. Contudo, isto não implica no determinismo cultural, devido às importantes pressuposições sobre a natureza humana;

4 - Os símbolos são importantes no entendimento da conduta humana. O ser humano vive com símbolos tão bem quanto no meio físico. Eles aprendem símbolos, seus significados, e valores de outras pessoas com quem ele interage. Este conjunto de significados e valores são parte de um conjunto da cultura do grupo. Os símbolos podem estimular e influenciar no comportamento;

5 - O ser humano é reflexivo. Ele tem capacidade de introspecção, de pensar, o qual capacita uma distinção entre sua própria pessoa e aqueles objetos e experiência que não são seus próprios. Este processo o guia para uma definição do "self", o qual é dinâmico;

6 - O ser humano é um ator tão bem quanto um reator. O ser humano não simplesmente responde a estímulos, ele começa um comportamento. Ele seleciona e interpreta o meio ao qual ele responde. Isto acontece devido a grandes variações no comportamento que tem lugar dentro da estrutura social complexa e porque interação simbólica não pode ser interpretada como assumir uma determinação cultural.

"Portanto, a interação simbólica enfatiza o processo social e o princípio que o investigador necessita para descobrir o ambiente simbólico dos seus sujeitos".
(MAURIN, 1983; 95).

Quanto à aplicação da Teoria Interacionista na prática de enfermagem, encontrou-se o trabalho de RIEHL (1974), "Interaction Models: Application of Interaction Theory". A autora começou a desenvolver o modelo baseado na filosofia do curso de enfermagem, depois o seu modelo incorporou um conjunto de crenças relacionadas com a interação. A

sua ênfase maior é nas teorias de complementação, suplementação e adaptação, embora os conceitos de outros modelos também sejam usados. Segundo a autora, "enfermagem é uma profissão que envolve dar assistência ao indivíduo, família ou grupo, toda vez que a saúde emerge. À medida que o enfermeiro fortalece o indivíduo e a família, a saúde como um todo é aumentada". Entre outras informações, ela relata um exemplo deste modelo utilizado em pediatria, porém sem maiores detalhes.

Os únicos trabalhos de pesquisa, na área da enfermagem que utilizam a Teoria da Interação Simbólica encontrados na revisão bibliográfica brasileira, foram da mesma autora ou seja, ELSEN (1984) em sua tese de doutorado e outro trabalho (1988), que também descrevo a seguir.

Para a realização destes trabalhos, a autora viveu numa vila pesqueira aproximadamente 6 (seis) meses, coletando dados através da observação participante e com a profundidade do estudo de caso. O enfoque na Teoria da Interação Simbólica, serviu como guia nestes estudos, em que ela utilizou quatro conceitos principais, a definição da situação, família, sociedade e cultura.

Na sua tese de doutorado, a autora investigou conceitos de saúde e doença relacionados ao comportamento das famílias que vivem nesta vila, com o objetivo de delinear os cuidados da família no seu contexto cultural. ELSEN (1984), diz que os resultados indicam que a família tem um modelo, originado na sua cultura e aprendido através da interação, que os guia na avaliação do estado de saúde dos seus membros, selecionando comportamentos preventivos e decidindo sobre o tratamento necessário. O modelo das famílias é diferente dos modelos dos profissionais de saúde e são caracterizados por

conterem elementos de ambas as teorias de saúde e doença, a naturalística e a individualística. Em seu outro trabalho sobre conceitos e práticas de saúde das famílias que foi baseado em sua tese de doutorado, ELSEN (1988) identificou que a família possui um modelo explicativo de saúde e doença que os auxilia nas ações de saúde. "Este modelo contém elementos de medicina caseira, popular e científica que é resultante das interações dentro e fora do contexto familiar, experiências de vida, e contatos com serviços de saúde. Este modelo é dinâmico e se expande ao longo do ciclo de vida da família". Os modelos preventivos e curativos empregados pela família são consistentes com essas conceptualizações e que eles utilizam princípios de fonte natural e supernatural. Embora as famílias não incluam princípios de medicina científica em seus modelos, eles freqüentam clínicas de saúde para prevenção e tratamento. Todavia, sua utilização é seletiva e pragmática, com a sociedade primitiva e experiências familiares, com o sistema sendo fator chave na determinação da aceitação ou não.

Devido à escassez de trabalhos encontrados, é importante relatar também as pesquisas brasileiras que adotam como linha metodológica básica a Teoria Fundamentada em Dados, "Grounded Theory", e que tem como pressupostos, os mesmos da Teoria da Interação Simbólica. São os trabalhos de: HENSE (1987); ANGELO (1989); MARCON (1989) e VARGENS (1989).

HENSE (1987), em sua dissertação de mestrado, "Tendo que operar-se: a experiência do paciente cirúrgico e sua espiritualidade", consiste na descoberta e no desenvolvimento de uma teoria a partir de informações obtidas e analisadas sistemática e comparativamente. A análise dos dados deu-se através da comparação constante dos dados, método indicado ao ser utilizada a metodologia da Teoria Fundamentada em Dados.

Os resultados do estudo, estão expressos na teoria substantiva "Tendo que operar-se", que é um processo vivido pelo paciente cirúrgico que se sente obrigado, pressionado ou forçado a operar. É composta de 3 subprocessos interligados e interdependentes que são: tendo perturbações físicas, buscando solução e sentindo. A autora, "conclui que o processo "tendo que operar-se", seus três subprocessos e as vivências que o amenizam, são dinâmicos no tempo e no espaço. São vividos tanto em casa como no hospital, como também no transcorrer dos quatro estágios sucessivos que formam o processo espaço-temporal."

A autora do trabalho não deixa descrito claramente as pressuposições e conceitos da Teoria da Interação Simbólica, mas percebe-se que os conceitos de ser humano, papéis e definição de situação estão influenciando no seu trabalho. O mesmo pode-se dizer do estudo de VARGENS porém o autor cita os pressupostos da teoria. O conceito de papéis fica claro quando o autor discute sobre a enfermagem.

O estudo de VARGENS (1989) também é uma dissertação de mestrado chamada, "O Homem Enfermeiro e sua Opção pela Enfermagem". Ele se propôs a analisar a forma pela qual o homem enfermeiro fez ou faz sua opção pela enfermagem. "A análise dos dados levou à construção do processo "optando pela enfermagem" caracterizando-o como um processo dinâmico, complexo, que sofre influência de fatores das mais diversas naturezas". Acredita-se que ele sofre influências porque ele interage com o seu meio, mas o autor não deixa esta relação explícita em seu trabalho.

ANGELO (1989), em sua tese de doutorado intitulada, "Vivendo uma Prova de Fogo: as experiências iniciais da aluna de enfermagem", têm como objetivo compreender o significado

das experiências de 18 alunas de enfermagem na sua aprendizagem prática. Os dados foram coletados através da observação e entrevista. Na conclusão do estudo, "foi possível identificar as interpretações que a aluna faz das interações no campo de prática, bem como o processo "Vivendo uma Prova de Fogo", que representa o significado da aprendizagem prática inicial para a aluna de enfermagem".

A autora expõe os pressupostos da Teoria da Interação Simbólica e faz ressalvas em relação à importância das interações entre, professor e aluna, aluna e paciente, aluna e ambiente assim como, aluna e o papel de enfermeira.

MARCON (1989) em sua dissertação "Vivendo à Gravidez", o objetivo foi explorar e compreender o período de uma gravidez a partir da perspectiva de 4 (quatro) grupos amostrais, que totalizou 85 (oitenta e cinco) mulheres em estado de gravidez. "Os resultados do estudo estão expostos na teoria substantiva desenvolvida "Vivendo à Gravidez", que é um processo dinâmico que ocorre na vida da mulher dentro de um contexto espaço-temporal". Esta vivência acontece em 4 etapas seqüenciais e inter-relacionadas e é composta de 5 processos: "Vivendo um relacionamento sexual", "Descobrir-se grávida", "Estando grávida" e "Esperando nascer". A autora também não esclarece os pressupostos da Teoria da Interação Simbólica, mas percebe-se que os conceitos de definição da situação, "self" e interação com grande influência na teoria elaborada.

Porém, o único trabalho que adota a Teoria da Interação Simbólica como base metodológica para a assistência de enfermagem, é a dissertação de mestrado de NITSHKE (1989), "Nascer em Família: o caminho da interação familiar saudável". Este trabalho não está concluído mas já foi avaliado e considerado adequado na assistência de enfermagem a famílias

de recém-nascidos na unidade neonatal de um hospital da Grande Florianópolis. O foco principal do estudo é a interação simbólica, mas também foram utilizados os seguintes conceitos: símbolo, papel, posição, grupo de referência, sociedade, ser humano, ambiente simbólico, "self", família e definição de situação.

Portanto, neste trabalho tentou-se enfrentar alguns desafios como, adotar como base metodológica a Teoria da Interação Simbólica na assistência e mais na assistência de enfermagem à família da criança maltratada, sendo que não se encontrou estudos nesta área.

IV - MARCO CONCEITUAL PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA DA CRIANÇA MALTRATADA

Marco Conceitual segundo NEVES & GONÇALVES (1984: 213), "... é uma construção mental, logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de investigação. ...A finalidade desta construção mental, independente da sua designação, é proporcionar suporte teórico para o desenvolvimento dos vários passos do processo de pesquisa".

Esta definição me pareceu válida tanto para a pesquisa como para a prática, pois acredito que o Marco Conceitual é a representação da construção mental das crenças, valores e conhecimentos que deverão permear o desenvolvimento da prática assistencial.

O Marco Conceitual guia a prática assistencial, garantindo a efetiva melhoria da assistência de enfermagem prestada à família assim como, pode-se verificar a efetividade dos seus conceitos, porque é na prática que se pode analisar e avaliar o marco proposto. Segundo SOUZA (1984), "o conhecimento sistematizado é o traço principal que diferencia um grupo profissional de um grupo social ou ocupacional". Portanto, quando aplica-se um Marco Conceitual, estamos unindo a teoria e a prática com a finalidade de assistir com qualidade, demonstrando a nossa capacidade de profissionais de enfermagem. Estamos, ainda, proporcionando a desmistificação da dicotomia enfermeiro teorista/enfermeiro assistencial, conceitos bem arraigados na nossa profissão.

NEVES & TRENTINI (1987), esclarecem pontos importantes para a aplicação de teorias na prática, ou seja: a(o) enfermeira(o) necessita conhecimento profundo da teoria; de

existir identificação pessoal da(o) enfermeira(o) com as perspectiva da(o) teórica, a fim de que a(o) enfermeira(o) internalize as crenças e valores da teoria; o conhecimento da teoria deve ser aliado ao conhecimento das ciências básicas, às habilidades de observação, comunicação, interação, intuição, utilização das tecnologias e do processo de enfermagem.

Após muita reflexão sobre o abuso na infância, procurei nas diversas teorias aplicadas à família na área da enfermagem e em outras áreas também, aquela ou aquelas que são usadas nestes casos. Infelizmente não foi encontrado nenhum trabalho de assistência à família utilizando um referencial teórico. Mas MILLOR (1981), diz que as teorias que parecem mais relevantes para a compreensão e orientação de um estudo de enfermagem do abuso e negligência da criança são, a Teoria da Interação Simbólica (Mead, 1934; Schvaneveldt, 1966; Stryker, 1964), a do Papel (Sarbin, 1954; Sarbin & Allen, 1968), do Estresse (Lazarus e Cohen, 1976; Lazarus e Launier, 1978) e a Teoria do Temperamento da Personalidade (Thomas e Chess, 1977; Thomas, Chess e Birch, 1963).

Devido a isto, por acreditar que problemas na interação podem ser um dos causadores de maltrato e pela identificação pessoal com as crenças, valores e pressupostos teóricos, optou-se pela Teoria da Interação Simbólica como referencial teórico na assistência de Enfermagem à Família da Criança Maltratada.

Entre os vários conceitos desta teoria, foram escolhidos alguns que pensei serem os que auxiliariam na prática. Estes conceitos foram: Interação Simbólica, Sociedade, Família, Ser Humano, Definição de Situação e Ambiente.

Alguns conceitos foram acrescentados, como Saúde e Doença Familiar Interacional, Família Maltratante, Maltrato

e Enfermagem à Família Maltratante, elaborados pela autora, com base na Teoria de Interação Simbólica, a fim de viabilizar a assistência a este tipo de família.

Pressupostos que Norteiam a Prática

- Os símbolos são importantes no entendimento da conduta humana. O ser humano vive com símbolos tão bem quanto no meio físico. Eles aprendem símbolos, seus significados, e valores de outras pessoas com quem ele interage. Este conjunto de significados e valores são parte de um conjunto da cultura do grupo. Os símbolos podem estimular e influenciar no comportamento (MAURIN, 1983).

- O ser humano age em relação às coisas com base nos significados que elas têm para ele. Estas coisas incluem todos os objetos físicos, outros seres humanos, categorias de seres humanos (amigo ou inimigo), instituições, idéias valorizadas (honestidade), atividades dos outros e outras situações que o indivíduo encontra na sua vida cotidiana. BLUMER (In HAGUETTE, 1987).

- A família age com relação ao maltrato, baseada no significado que o maltrato tem para eles.

- O significado do maltrato é resultante da interação social que a família estabelece entre si e de acordo com a sua cultura.

- O significado do maltrato é manipulado e modificado através de um processo interpretativo usado pela família.

- A diferença de significados entre os membros da família e as suas expectativas, ocasiona dificuldades na interação que contribuem para a ocorrência do maltrato.

- Problemas de saúde física, biológica e psicológica

assim como, dificuldades financeiras, ambientais e de interação, são fatores que podem levar ao maltrato na família.

- A interação do enfermeiro com a família, pode ser um fator importante que auxilie no reconhecimento do comportamento familiar, assim como na intervenção e promoção da interação intra e extra-familiar.

Conceitos

Interação Simbólica

"Interação é o nome genérico para um conjunto de processos que tomam lugar entre os indivíduos. O comportamento de um indivíduo é a causa e efeito na relação do comportamento de outros. Interação significa o comportamento social envolvido quando duas ou mais pessoas se estimulam entre si por diversos meios de comunicação e conseqüentemente modifica o comportamento de outros. A interação define cada ação dos outros como eles interagem com os outros". (SCHVANEVELDT, 1981: 103).

A Interação Simbólica neste marco, é o processo aberto do comportamento da família relacionando-se entre si, onde cada ser humano age e define o sentido do comportamento da outra. O comportamento do(s) filho(s) influencia na relação do comportamento do pai e/ou mãe e vice-versa. A interação define cada ação do ser humano como eles interagem com os membros da família, através de símbolos, significados e valores da sociedade, ambiente físico e símbolo. A interação entre os membros da família influencia na saúde e doença familiar interacional e acontece em um ambiente físico e simbólico.

Ambiente Simbólico e Físico

"Símbolo é um estímulo que tem um significado para os indivíduos" (Mead, 1934:107).

Toda figura ou imagem que serve para designar alguma coisa é um símbolo. Esta figura ou imagem, produz uma excitação e tem uma interpretação para os indivíduos, que provoca uma resposta baseada mais na interpretação dos indivíduos do que em objetos físicos. "Os símbolos podem estimular e influenciar comportamentos". (MAURIN, 1983:95). Estas figuras ou imagens que designam alguma coisa e a sua interpretação individual, podem estimular e influenciar comportamentos.

O ambiente, mediado através de gestos que assumem um sentido comum (símbolos significantes), é o ambiente simbólico. Ele é o elemento principal para entender significados e valores. Somente homens têm um ambiente simbólico. (baseado em STRYKER, In SCHVANEVELDT, 1981).

O ambiente simbólico da família maltratante, é o universo compartilhado pela família, ou seja, é o contexto físico, social, espiritual e cultural da família, baseado nos símbolos, significados e valores da família, que por sua vez, é influenciado pela interação da família e desta com a sociedade. (baseado em MAURIN, 1983).

O ambiente físico da família maltratante, é tudo aquilo que cerca os seres vivos ou as coisas, o homem e o meio são integrados um com o outro. O ambiente físico engloba as condições de habitação, terreno, saneamento e sociedade que envolve o ser humano, ou seja, é o meio onde a família vive. O ambiente físico é influenciado pelas condições sociais, econômicas, espirituais e culturais da família. (baseado em MAURIN, 1983).

Sociedade

Segundo BLUMER (In HAGUETTE, 1987), "é o processo social de vida grupal que cria e mantém as regras, normas, valores e sanções".

A sociedade precede o ser humano. O ser humano nasce e já existe na sociedade, é socializado para alguns significados, de acordo com o comportamento esperado da família e desta sociedade. A sociedade consiste de seres humanos interagindo uns com os outros, e cujas atividades ocorrem predominantemente em resposta de um a outro, ou em relação de um a outro, de acordo com os seus significados, símbolos e valores. (MAURIN, 1983).

A sociedade da família maltratante consiste dos membros da família interagindo uns com os outros bem como, com os recursos sociais, espirituais e culturais disponíveis na comunidade. Os membros da família são socializados de acordo com os símbolos, significados e valores dos pais, adquiridos através da interação familiar e desta com a sociedade. (baseado em MAURIN, 1983).

O ser humano faz parte da família, o enfermeiro é um ser humano que também faz parte de uma família e estes, fazem parte da sociedade.

Família Maltratante

O ser humano age com relação às coisas, na base dos sentidos que elas têm para ele. Estas coisas incluem todos os objetos físicos, família, enfermagem e outras categorias de seres humanos, instituições, maltrato, sociedade, ambiente simbólico e físico e outras situações que o indivíduo encontra na sua vida cotidiana. O significado destas coisas é derivado da interação social. Estes significados são manipulados e

modificados porque o ser humano é reflexivo e tem capacidade de introspecção, bem como interage e faz parte de uma família e da sociedade. (baseado em BLUMER, In HAGUETTE, 1987).

A família é uma unidade de interações pessoais. Ela não consiste ou existe numa base contratual ou legal, mas na interação de seus membros. A família, nesta concepção, vive tanto quanto a interação e somente morre quando cessa a interação (BURGESS, In SCHVANEVELDT, 1981). Entre estas famílias, encontram-se as famílias maltratantes.

Famílias maltratantes neste marco, são duas ou mais pessoas, pai e/ou mãe e filho(s), que convivem em um determinado ambiente físico e simbólico, independente ou não da existência de laços sanguíneos, contratos ou leis, e que possuem dificuldades na interação de seus membros. Estas famílias utilizam os maus-tratos, de acordo com os seus símbolos, significados e valores, os quais são aprendidos através da interação dentro da família e da interação com a sociedade. (baseado em BURGESS, In SCHVANEVELDT, 1981).

Definição da Situação de Maltrato

"A definição é a representação de uma situação para o ator, mesmo nos termos simbólicos. É a ação social por meio da qual o ator interpreta estímulos em um ambiente. Cada ator percebe, faz julgamentos e inicia uma ação baseada em suas definições de estímulo e de ambiente".

(SCHVANEVELDT, 1981).

Confirmando esta definição, BLUMER (In HAGUETTE, 1987) enfatiza: "...as atividades dos seres humanos consistem no enfrentamento de uma seqüência de situações nas quais eles devem agir, e que suas ações são construídas à base do que eles notam, de como eles avaliam e interpretam o que eles notam, e do tipo de linhas de ação projetadas que eles

mapeiam".

A definição da situação de maltrato, é a representação de uma situação de maltrato físico e/ou psíquico, ocasionado pelo pai e/ou mãe em seu(s) próprio(s) filho(s), assim como entre eles mesmos, devido a dificuldades na interação. Está relacionada e recebe influência do ambiente físico, simbólico e da sociedade.

Maltrato

O maltrato ocorre devido a dificuldades na interação entre os membros da família, ambiente físico, simbólico e sociedade. Envolve vários comportamentos abusivos da família, desde o uso da força ao ataque verbal, provocando lesão psíquica e/ou física no indivíduo que sofre os maus-tratos. A família aprende e age de acordo com os símbolos, significados e valores do abuso, adquiridos através da interação dentro da própria família e na interação com a sociedade. (baseado em MAURIN, 1983). O maltrato influencia na Saúde e Doença Familiar Interacional.

Saúde e Doença Familiar Interacional

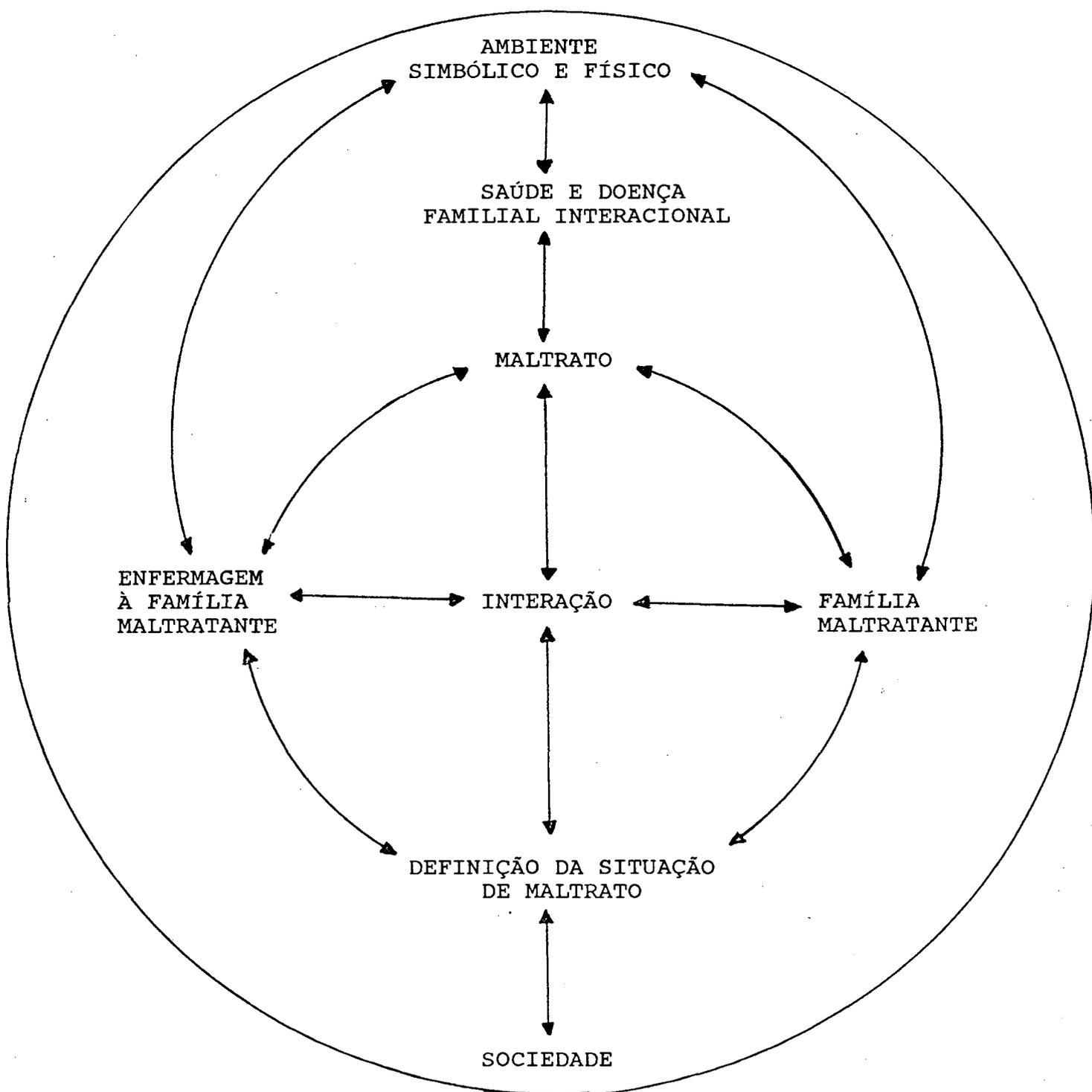
Compreende-se a Saúde Familiar Interacional, como uma interação de aproximação entre os membros da família, os quais interagem entre si e com a sociedade. A Doença Familiar Interacional é a presença de dificuldades na interação, resultando em comportamento abusivo, provocando lesão psíquica e/ou física em seus membros. A Saúde e a Doença Familiar Interacional são influenciadas por símbolos, significados e valores do ser humano, família, ambiente simbólico, ambiente físico e sociedade. A saúde e a doença familiar interacional estão relacionadas com a enfermagem, pois através da sua

assistência, ela promove e mantém a saúde familiar interacional, por estes motivos acrescentamos estes conceitos ao marco.

Enfermagem à Família Maltratante

É uma profissão que, através da interação, presta assistência às famílias maltratantes utilizando o conhecimento próprio e de outras áreas do saber, para auxiliá-los a atingir e manter a saúde familiar interacional. Presta assistência levando em consideração os símbolos, significados e valores da família em relação ao maltrato, assim como a sociedade, ambiente simbólico e físico no qual a família se insere. Esta assistência, baseia-se em seis subpapéis (mãe-substituta, técnica, gerente, professora, agente socializadora e enfermeira(o) psicoterapeuta), que a(o) enfermeira(o) utiliza na intervenção, com o objetivo de mudança no comportamento da família maltratante.

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DO MARCO CONCEITUAL PARA A
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA DA CRIANÇA
MALTRATADA



V - O PROCESSO DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem, segundo HORTA (1979;35),

"...é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos".

Acredita-se que o processo de enfermagem, é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas visando não só à assistência ao ser humano mas a toda família. Todo ser humano faz parte de uma família e é importante e necessário que a enfermagem se preocupe e assista todas as pessoas que vivem em um determinado ambiente e que sejam consideradas pessoas desta família. A ênfase na unidade familiar é importante, porque é ela que interfere na saúde individual devido a crenças, valores, parentescos, etc., transmitidos através da interação.

Neste estudo, o processo de enfermagem é uma metodologia de ação baseada em um referencial teórico, elaborada com a finalidade de assistir à família da criança maltratada. Este processo foi elaborado tomando como modelo o marco conceitual anteriormente descrito e se caracteriza pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases.

Essa metodologia de ação consta de 4 fases interligadas, e se desenvolve de maneira gradativa, à medida que a interação enfermeiro/família acontece. As fases deste processo de enfermagem são: levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, plano de ação e avaliação, os quais estão descritos a seguir.

Levantamento de Dados

O levantamento de dados, é a primeira fase do

processo de enfermagem e consiste da coleta e análise dos dados pertinentes para e sobre o estado de saúde da família, com a finalidade de realizar o diagnóstico de enfermagem. A base para todo o processo de enfermagem é o levantamento de dados, que embora seja a primeira fase, ele acontece durante todas as outras fases do processo, quando dados complementares e novos dados são obtidos durante os encontros com a família.

Para que haja uma coleta de dados válida e acurada, o enfermeiro deve ser cauteloso em suas definições próprias e percepções da função familiar. Estes valores inconscientes do enfermeiro, podem distorcer as observações e a interação. Portanto, deve-se ser objetivo e não tendencioso para fazer um registro acurado dos fatos e uma análise com base no real significado do evento.

Por ser a Interação Simbólica o foco principal do marco, acredita-se também que somente através da interação enfermeiro/família, pode-se coletar dados fidedignos e através destes, assistir adequadamente à família.

Para maior compreensão e aplicação do levantamento de dados, fase considerada primordial no processo de enfermagem, utilizou-se a operacionalização dos conceitos, vários instrumentos e um esquema que serviu de base para o diagnóstico de enfermagem.

Com o objetivo de facilitar o levantamento dos dados, bem como obter os dados necessários para a assistência desta família, de acordo com os conceitos do marco conceitual proposto, realizou-se a operacionalização dos conceitos que apresento a seguir. Nesta operacionalização, os conceitos foram desdobrados e foi analisado o que levantar e as estratégias que foram utilizadas para o levantamento dos dados, de acordo com cada conceito do marco.

OPERACIONALIZAÇÃO DOS CONCEITOS

CONCEITOS	DESDOBRAMENTO DOS CONCEITOS	O QUE ANALISAR (QUESTIONANDO, OBSERVANDO E REFLETINDO)	COMO
<ul style="list-style-type: none"> . Interação Simbólica . Ambiente Físico e Simbólico . Sociedade . Maltrato . Definição de Situação . Saúde e Doença Familiar Interacional . Família Maltratante . Enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> . Símbolos, significados e valores 	<ul style="list-style-type: none"> . Qual é a percepção da família em relação aos conceitos assim como, a sua importância e influência na interação e no comportamento familiar e extra-familiar (exceto o conceito de enfermagem). . A família aprende e age de acordo com eles. . Eles são adquiridos através da interação na família e na sociedade. . A enfermagem assiste de acordo com a sua percepção e da família. . Influencia na história de maltrato na família. . Como a família entende a educação dos filhos. . Como a família representa uma situação. 	<ul style="list-style-type: none"> . Entrevista, itens: 2, 3, 4, 5, 6. . Observação da comunicação verbal e não-verbal. . Observação.
<ul style="list-style-type: none"> . Saúde e Doença Familiar Interacional . Família Maltratante . Enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> . Comunicação e estímulo para a comunicação 	<ul style="list-style-type: none"> . Como e quando é realizada a comunicação na família e na sociedade. . Sua importância e influência na interação, sociedade, maltrato, definição de situação, saúde e doença familiar interacional, família e enfermagem. . Oportunidade que as pessoas têm de colocar suas idéias, sem interrupção e sem censura. 	<ul style="list-style-type: none"> . Através dos contatos com a família. . Observação. . Observação da comunicação verbal (ouvir a família e não-verbal (atividades motoras e vocais)).
<ul style="list-style-type: none"> . Saúde e Doença Familiar Interacional . Família Maltratante . Enfermagem 	<ul style="list-style-type: none"> . Comportamento interativo da família e desta com a sociedade 	<ul style="list-style-type: none"> . Qual é o tipo de interação familiar e extra-familiar. . Como o ser humano interage na família e na sociedade. . Como acontece a interação familiar e extra-familiar, a sua importância e influência nos membros da família e na sociedade. 	<ul style="list-style-type: none"> . Entrevista, itens: 2, 3, 4, 5, 6. . Observação da comunicação verbal e não-verbal

		<ul style="list-style-type: none"> Existência e importância de laços afetivos fortes na família e desta com a sociedade. Dificuldades na interação intra e extra-familiar, levam ao comportamento abusivo e conseqüente doença familiar interacional. Ausência de dificuldades na interação intra e extra-familiar, levam a interações de aproximação e conseqüente saúde familiar interacional. Importância e influência na saúde e doença familiar interacional. Como a família interage com os recursos sociais, espirituais, econômicos e culturais da sociedade. 	<ul style="list-style-type: none"> Observação.
<ul style="list-style-type: none"> Ambiente Simbólico e Físico 	<ul style="list-style-type: none"> Universo compartilhado pela família (contexto físico, social, cultural e econômico). 	<ul style="list-style-type: none"> Atividades religiosas, sociais e escolares desenvolvidas pela família. Escolaridade dos membros da família. Situação econômica da família. Este universo, influencia no comportamento da família, na interação familiar e extra-familiar. Como é o ambiente físico e simbólico da família, como se sentem em relação a ele e qual é a sua importância. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista, ítems: 1,3,4 6,7. Observação da comunicação verbal e não-verbal. Observação.
<ul style="list-style-type: none"> Família Maltratante 	<ul style="list-style-type: none"> Formada de seres humanos reflexivos com capacidade de introspecção. Independente ou não de laços sanguíneos, contratos ou Leis. 	<ul style="list-style-type: none"> A família, o enfermeiro e a sociedade são seres humanos que pensam sobre o maltrato e têm condições de modificar o comportamento abusivo. Quais as pessoas que fazem parte da família Existência de algum documento de casamento, nascimento ou adoção. Importância ou não de laços afetivos fortes. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista, ítems: 1,2,3 6. Genograma. Observação. Análise Documental. Entrevista item 1. Observação.

CONCLUSÃO

<ul style="list-style-type: none"> • Problemas na interação familiar, ambiente físico e simbólico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inter-relacionamento familiar. • Relacionamento da família com o ambiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista, itens: 2, 3. • Observação.
<ul style="list-style-type: none"> • Maltrato 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamento abusivo ocasionando lesão física e/ou psíquica 	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de lesões físicas como espancamento, queimaduras, negligência com cuidados básicos, etc., e/ou lesão psicológica como carência afetiva, dificuldades na linguagem, socialização, etc. • Análise Documental. • Exame físico, verificando o crescimento e desenvolvimento conforme a faixa etária e presença de lesões. • Entrevista em grupo e individual (item 8). • Através de desenhos e interpretações destes. • Observação.
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermagem à Família Maltratante 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistência à família, através da interação, conhecimento próprio, da família e de outras áreas do saber. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a interação enfermeiro/família. • Importância da assistência de enfermagem. • Funções de enfermagem nesta situação. • Conhecer a realidade da família para poder assistir.
<ul style="list-style-type: none"> • Auxílio para atingir e manter a saúde familiar interacional, usando subpapéis do enfermeiro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Levantar as dificuldades de interação e definição de situação do maltrato. • Detectar as situações que exijam a intervenção do enfermeiro e assistir usando o papel adequado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista, item 6. • Observação. • Através de todos os instrumentos utilizados. • Através de todos os instrumentos utilizados. • Através do processo de enfermagem.

Os instrumentos que auxiliaram no levantamento dos dados foram: a entrevista semi-estruturada; análise documental; observação; exame físico e interação da família com o ambiente, os quais especificamos a seguir:

a) Entrevista semi-estruturada - desenvolveu-se a partir de um roteiro básico, aplicado de forma flexível, permitindo que o entrevistando faça as necessárias adaptações. Na medida em que houve um clima de estímulo e aceitação mútua (interação) na relação entre o enfermeiro e a família, o maltrato foi abordado. A entrevista foi baseada no prontuário da família, que é um roteiro para o levantamento de dados utilizado pelo Grupo do Projeto Assistência de Enfermagem à Família, do Departamento de Enfermagem da UFSC (ANEXO II), porque foi um modelo que satisfazia as necessidades deste estudo com pequenas modificações para adaptá-lo à realidade estudada. A entrevista, encontra-se mais detalhada no ANEXO I.

b) Análise Documental - utilizou-se qualquer material escrito encontrado no CEPAM, que informasse sobre o comportamento da família, comprovação do maltrato ou outros que auxiliassem no levantamento dos dados como, registro de nascimento, casamento, etc.

c) Observação - a comunicação verbal e não-verbal foi importante para entender o comportamento e a interação familiar. A comunicação não-verbal foi observada através do uso dos sentidos como: as atitudes motoras (movimentos corporais, uso do toque, contato do olhar, andar, sentar, etc.) e as atitudes vocais (riso, choro, tom de voz, etc.).

d) Exame Físico - foi realizado no indivíduo que sofreu maltrato, para a comprovação do mesmo, bem como quando houve necessidade para auxiliar no levantamento dos dados da

família.

e) Interação da família com o ambiente - devido à importância do relacionamento entre os indivíduos da família e destes com o ambiente no qual ela se insere, foi utilizado o mapa das interações da família com o ambiente, sugerido por HOLMAN (1986), também com adaptações para esta proposta. Estas relações podem ser de aproximação, super-aproximação, distanciamento, estresse e conflito, os quais também foram utilizados pelo Grupo do Projeto de Assistência à Família, do Departamento de Enfermagem da UFSC. O mapa da interação da família com o ambiente, encontra-se no ANEXO I (item 3).

Ao levantar estes dados, utilizou-se a interação enfermeiro-família para reconhecer as respostas da família, intervir e promover a interação destes, assim como dos familiares entre si. Somente após a interação enfermeiro-família, pretendia-se abordar o assunto maltrato familiar.

No levantamento dos dados, deu-se maior importância ao tipo de interação familiar e extra-familiar, assim como a definição da situação de maltrato para a família e para a enfermagem, que foi a base para a realização do diagnóstico de enfermagem. Portanto, realizou-se um esquema para clarear onde encontrar os elementos essenciais para o diagnóstico de enfermagem e quais as estratégias que foram utilizadas na coleta de dados.

a) Tipo de interação familiar: através dos seguintes itens da entrevista: 2; 4 (a,d,e,f,g); 5; 6 (a,e,f); 7;8. (ANEXO I).

b) Tipo de interação extra-familiar: através dos itens: 3;4 (a,b); 6 (b,c,d).

c) Definição da situação de maltrato para a família: 6 (f); 8.

d) Definição da situação de maltrato para a enfermagem: todos os itens da entrevista.

Diagnóstico de Enfermagem

É a segunda fase e a parte chave do processo. O diagnóstico é a categorização dos dados coletados e da sua análise depende a intervenção e avaliação das preocupações relacionadas com a saúde familiar interacional, assim como auxilia na formulação dos resultados esperados. O diagnóstico reflete o estado de saúde da família, propicia uma linguagem comum dentro da profissão e possibilita o cuidado individualizado de enfermagem.

Utilizou-se como base para o diagnóstico de enfermagem, o tipo de interação familiar e extra-familiar, que poderia ser de aproximação, super-aproximação, distanciamento ou uma relação conflituosa. Os critérios utilizados nesta categorização estão descritos a seguir.

Tipos de Interação Familiar (1)

a) Aproximação - considera-se uma relação normal e positiva, quando existe relacionamento direto entre os membros da família, onde todos expressam seus sentimentos de afeto, idéias, crenças, valores e conceitos livres de tensões, favorecendo o crescimento e desenvolvimento dos indivíduos. Pontuação zero (0).

b) Super-aproximação - considera-se relação de super-aproximação quando há um relacionamento com as características do item anterior, mas de uma forma tão intensa que prejudica o crescimento e desenvolvimento dos membros da

(1) Baseado em HOLMAN (1986), no Grupo de Assistência de Enfermagem à Família, UFSC (1986), e no processo de enfermagem da HORTA (1979).

família, podendo inclusive levar a dependência entre os indivíduos. Pontuação um (1).

c) Distanciamento - quando a relação não apresenta interação em uma ou mais das características do item "a", prejudicando dessa forma o crescimento e desenvolvimento dos indivíduos. A comunicação se restringe às informações e formalidades. Pontuação um (1).

d) Relação Conflituosa - quando houver atitudes de desrespeito, competitividade, ocasionando situações tensas e de sofrimento entre os membros da família. Pontuação dois (2).

Tipos de Interação Extra-Familiar (2)

a) Aproximação - considera-se uma relação normal e positiva, quando existe relacionamento direto entre os membros da família e o ambiente no qual ela se insere, onde eles expressam seus sentimentos, idéias e crenças no trabalho, na igreja, na escola, nas instituições de saúde, bem como na sociedade, há condições favoráveis de lazer, transporte, educação, amizade e bons vizinhos, favorecendo o crescimento e desenvolvimento dos indivíduos e da sociedade. Pontuação zero (0).

b) Super-aproximação - considera-se uma relação de super-aproximação quando há um relacionamento com as características do item anterior, mas de forma tão intensa que esteja prejudicando o crescimento e desenvolvimento da família e da sociedade, podendo inclusive levar a dependência entre os mesmos. Pontuação um (1).

c) Distanciamento - quando a relação entre a família e a sociedade não apresenta interação em uma ou mais caracte-

(2) Baseado em HOLMAN (1986), no Grupo de Assistência de Enfermagem à Família, (UFSC) (1986), e no Grupo de enfermagem de HORTA (1979).

rísticas citadas no item "a", prejudicando dessa forma o crescimento e desenvolvimento de ambos. A comunicação entre eles, se restringe às informações e formalidades. Pontuação um (1).

d) Relação Conflituosa ou de Estresse - considera-se a relação conflituosa quando houver atitudes de desrespeito, competitividade, ocasionando situações tensas e de sofrimento entre a família e a sociedade na qual ela se insere. Pontuação dois (2).

No diagnóstico, ainda, caracterizou-se como a família e a enfermagem definiam a situação de maltrato, que poderia ser, se a família reconhece totalmente a sua agressividade, se reconhece parcialmente a sua agressividade, se não reconhece a sua agressividade ou se negam a sua agressividade. Os critérios utilizados nesta categorização estão descritos a seguir.

Definição da Situação de Maltrato pela Família e pela Enfermagem

Os critérios para a análise foram os mesmos, mas houve dupla pontuação, onde uma pontuação foi conforme a definição da família e a outra conforme a definição da enfermagem.

a) Reconhece Totalmente a sua Agressividade - a família conceitua corretamente os tipos de maltratos com a criança e reconhece a sua atitude bem como, os motivos que a levaram a praticar o maltrato e os meios de evitá-lo. Pontuação zero (0).

b) Reconhece Parcialmente a sua Agressividade - a família conceitua os tipos de maltrato com a criança e

reconhece a sua atitude, mas não conhece os motivos que a levaram a praticar o maltrato assim como, os meios que podem utilizar para evitá-lo. Pontuação um (1).

c) Não Reconhece a sua Agressividade - não conceitua os tipos de maltrato com a criança e reconhece pouco sobre a sua agressividade, os motivos que a levaram ao maltrato e os meios de evitá-lo. Pontuação dois (2).

d) Negam a sua Agressividade - a família não conceitua os tipos de maltrato com a criança e nega a sua atitude agressiva, desconhece os motivos e os meios de evitar o maltrato. Pontuação três (3).

Com a preocupação de saber mais sobre a situação que se encontrava a família, poder analisar o risco de reincidência do maltrato e para que houvesse uma maior proteção da criança maltratada, elaborou-se um quadro para avaliar o grau de dependência da família em relação à emergência da assistência de enfermagem. Após a categorização do diagnóstico de enfermagem, utilizou-se a pontuação correspondente de acordo com a situação da família e avalia-se através do quadro o grau de dependência desta. Com isto, concluía-se a necessidade da intervenção do enfermeiro de acordo com o diagnóstico realizado. Este quadro encontra-se a seguir.

Grau de Dependência da Família em Relação à Assistência de Enfermagem³

ITENS	TIPO DE INTERAÇÃO		TIPO DE INTERAÇÃO		DEFINIÇÃO DA SITUAÇÃO DE MALTRATO PE LA FAMÍLIA		DEFINIÇÃO DA SITUAÇÃO DE MALTRATO PE LA ENFERMAGEM	
	FAMILIAR	EXTRA-FAMILIAR	FAMILIAR	EXTRA-FAMILIAR	LA FAMÍLIA	LA ENFERMAGEM	LA FAMÍLIA	LA ENFERMAGEM
a	0	0	0	0	0	0	0	0
b	1	1	1	1	1	1	1	1
c	1	1	1	1	2	2	2	2
d	2	2	2	2	3	3	3	3

Grau 1 - 0 - 4 - Situação de pouco risco para reincidência do maltrato, necessita de pouca assistência de enfermagem.

Grau 2 - 5 - 7 - Situação de risco para reincidência do maltrato, necessita parcialmente de assistência de enfermagem.

Grau 3 - 8 - 10- Situação de alto risco de reincidência do maltrato, necessita urgentemente da assistência de enfermagem.

³ Baseado em Horta (1979), Processo de Enfermagem.

Exemplo de um diagnóstico: Uma família, que tivesse um tipo de interação familiar de aproximação com as seguintes características: o relacionamento entre os membros da família é positivo, onde todos expressam seus sentimentos de afeto, idéias, crenças e valores livres de tensões e com isto promovendo o crescimento e desenvolvimento dos indivíduos (pontuação zero). Onde o tipo de interação extra-familiar fosse de distanciamento com as seguintes características: a família possui uma relação positiva entre seus membros mas não com a sociedade. No trabalho o relacionamento é conflitante com os colegas, não há laços de amizade com os vizinhos e não há condições favoráveis de transporte (pontuação 1). A família definiu a situação de maltrato da seguinte forma: reconhecendo parcialmente a sua agressividade ou seja, conhece os tipos de maltrato e reconhece a sua atitude, mas não conhece os motivos que a levaram a praticar o maltrato e nem os meios que poderia utilizar para evitá-lo. (pontuação 1). O enfermeiro define a situação de maltrato também como sendo de reconhecimento parcial da família em relação à sua agressividade, caracterizado pelos mesmos motivos relatados anteriormente (pontuação 1). Este diagnóstico, de interação familiar de aproximação, interação extra-familiar de distanciamento e definição da situação pelo enfermeiro e pela família, como de reconhecimento parcial da sua agressividade, nos indicaria como deveria ser a intervenção da enfermagem, assim como demonstraria a situação encontrada como sendo de pouco risco para a reincidência do maltrato, fazendo com isto que a família necessite de pouca assistência de enfermagem, pois o seu grau de dependência seria 1 (um), segundo a tabela do grau de dependência. O que nos permitiria dizer também que, esta família possui condições de mudança no seu comportamento abusivo, num

período de tempo não muito longo.

Plano de Ação e Intervenção

O plano de ação e intervenção é a 3ª fase do processo e consiste na determinação daquilo que pode ser feito para assistir à família. O foco principal da intervenção de enfermagem é a mudança do comportamento da família e auxiliar na promoção da interação familiar e extra-familiar. O plano de ação e intervenção foram realizados conforme a situação encontrada durante o levantamento dos dados, assim como no diagnóstico de enfermagem.

A assistência de enfermagem foi prestada utilizando o conhecimento próprio da enfermagem e de outras áreas do saber, assim como o conhecimento da família para auxiliá-lo a atingir e manter a saúde familiar interacional conforme os símbolos, significados e valores do maltrato para a família e para a interação de aproximação familiar e extra-familiar. A assistência foi elaborada a partir do diagnóstico de enfermagem, estabelecendo as ações prioritárias que deveriam ser realizadas para que, a curto prazo, se conseguisse fazer com que a família reconhecesse o seu comportamento abusivo, a médio prazo, para que se pudesse encontrar maneiras para modificar o seu comportamento e a longo prazo para que houvessem mudanças no comportamento abusivo da família.

Na revisão bibliográfica sobre a assistência de enfermagem à família da criança maltratada, encontrou-se o trabalho de PEPLAU (1956). Como a assistência a estas famílias ainda está sendo explorada e avaliada, optou-se pelo seu trabalho, por ser na área de enfermagem o que obteve resultados positivos e pelo fato de ser o único que sugere como

assistir a uma só família. Os outros trabalhos encontrados, sugerem grupos de famílias maltratantes e nesta proposta pretendeu-se assistir, apenas, a uma família.

Portanto, na assistência de enfermagem foram utilizados os seis subpapéis sugeridos por PEPLAU (In SCHARER, 1989), para trabalhar com famílias abusivas, sendo eles: mãe-substituta; técnica; gerente ou gerenciamento; professora; agente socializadora e conselheira ou enfermeira psicoterapeuta, que estão descritos a seguir:

1º) Mãe-substituta, é geralmente o primeiro papel utilizado pela enfermeira ao desenvolver um relacionamento efetivo de trabalho com a família. Este papel inclui atividades como alimentar, disciplinar e dar apoio.

2º) Gerência ou gerenciamento é também utilizado no início do relacionamento com famílias abusivas e negligentes. Este papel envolve, coordenar atividades e promover um ambiente físico positivo para as famílias. O enfermeiro pode marcar uma consulta clínica para um membro da família, providenciar transporte para uma clínica, encaminhar a família para recursos apropriados, etc.

3º) Técnica, é bastante usada com estas famílias. O enfermeiro usa a sua habilidade técnica para levantar as necessidades de saúde de todos os membros da família, assim como dependendo das condições ou problemas identificados, ela pode envolver-se no tratamento e prevenção.

4º) Professor, amplamente utilizado, mas é essencial não exagerar com esta função e quando o fizer, que seja com critérios. O ensino é feito pela modelagem de papel, o qual é usado em demonstrar aos pais como lidar com seus sentimentos. Em todos os casos, o ensino pode centrar-se em necessidades específicas do pais.

5º) Aconselhadora ou enfermeira psicoterapeuta, é usado somente depois que um confiável relacionamento tenha acontecido. Aconselhar em enfermagem tem sido feito com a ajuda dos pacientes para lembrar e entender totalmente o que está acontecendo com ele numa situação presente, de modo que a experiência pode ser integrada com, ao invés de dissociada de outras experiências na vida. Há duas formas básicas de aconselhamento, as quais o enfermeiro utiliza com essas famílias. Primeiro, é a entrevista de espaço de vida que ocorre através de um evento específico. Por exemplo, o enfermeiro pode estar visitando a família quando a mãe bate em seu filho de 2 anos, porque ele molhou as calças. Após limitar as batidas, o enfermeiro usa o incidente para explorar como a mãe está se sentindo e porque está se sentindo assim, para ajudá-la a entender que isto é normal para uma criança de 2 anos de idade, e para encontrar com a mãe alternativas diferentes de educar. O segundo é o aconselhamento que envolve uma exploração mais intensiva de algum problema que os pais estão experienciando, por exemplo, um dos pais esteja com problemas com o cônjuge.

6º) Agente socializadora, as atividades desse papel incluem falar com os pais sobre seus interesses e discutí-los, assistir TV, jogar cartas, conversar sobre eventos da comunidade, envolver os pais em conversas com os vizinhos e ajudar os pais a fazer amigos.

PEPLAU afirma, ainda, que os 6 subpapeis na atuação com a família não são empregados durante uma mesma visita, eles são usados em algumas ocasiões durante o trabalho com a família, dependendo das necessidades e situações apresentadas.

Avaliação

É a 4ª (quarta) e última fase do processo, é de fundamental importância, pois é na análise que se conhece a realidade e o resultado da ação de enfermagem.

A avaliação foi realizada em todas as visitas, de forma descritiva e teve como objetivos, detectar novos dados que ocorreram, registrar a evolução do processo de enfermagem, avaliação contínua de interação enfermeiro/família e a avaliação das mudanças de comportamento da família, como resposta ao plano de ação.

É uma fase importante, também porque sugere o levantamento de dados novos, a mudança no diagnóstico de enfermagem, assim como no plano de ação, sempre com a finalidade de aprimorar o processo e auxiliar a família a atingir e manter a saúde familiar interacional.

VI - IMPLEMENTAÇÃO DO MARCO E DO PROCESSO NA PRÁTICA

O Centro Preventivo de Atendimento ao Menor Vítima de Maus-Tratos - CEPAM, localizado em Tubarão - SC, surgiu devido ao grande aumento do número de casos constatados. Este centro tem como objetivo principal, atender o menor vítima de maus-tratos, bem como a sua família.

Neste serviço de atendimento, o registro dos casos é realizado através de denúncia anônima ou não, feita por qualquer pessoa da família ou não, que perceba uma situação de maus-tratos dos pais ou responsável, contra a criança. Após o registro, é realizada a averiguação do caso por meio de visitas domiciliares e contatos com vizinhos, com o objetivo de conhecer a realidade da situação denunciada. O próximo procedimento é o cadastramento dos casos reais de maus-tratos e a aplicação das medidas para a solução do problema de acordo com a situação encontrada, com base no Código de Menores, Lei 6697, de 10 de outubro de 1979.

De acordo com o trabalho realizado por SANTOS (1988), sobre os dados estatísticos da realidade do maltrato, cadastrados no CEPAM, a autora relata os seguintes dados: no período de 05.05.88. a 19.08.88, foram atendidos 38 (trinta e oito) casos de crianças maltratadas; a idade das crianças varia de 2 a 13 anos, sendo a maior incidência entre 3 e 6 anos; predomina o abuso físico; quanto às características das famílias, os pais são separados, mães viúvas ou avôs (paterno ou materno) cuidando da criança, enquanto os pais trabalham em subempregos.

Como a minha intenção era de trabalhar com um caso confirmado de maus-tratos dos pais em seu filho, entrei em

contato com o CEPAM para que eu pudesse interagir com a família, identificar os motivos que levaram ao maltrato e assisti-la, com o objetivo de promover a mudança do seu comportamento abusivo. Como metodologia para a assistência, selecionei um Marco Conceitual e o Processo de Enfermagem com base na Teoria da Interação Simbólica.

Com o objetivo de viabilizar esta proposta, foram realizados vários passos. Inicialmente entrei em contato com a assistente social, funcionário do FÓRUM e responsável pelo CEPAM. Expliquei o que gostaria de fazer e após alguns contatos e a realização de algumas formalidades burocráticas, com o seu auxílio foi escolhido um dos casos registrados e confirmado pelo CEPAM, como maltrato. O único critério para a escolha do caso a ser trabalhado, era que fosse maltrato físico e/ou psicológico.

Existiam duas denúncias de maus-tratos físico e psicológico contra a mãe da família escolhida. A família é composta pelo pai (Ricardo, 26 anos), mãe (Sônia, 19 anos) e seus três filhos, Vicente (3 anos e 7 meses), Marcelo (2 anos e 5 meses) e Jorge (2 meses). A criança maltratada é o Marcelo, ou seja, o 2º filho do casal. Os nomes das pessoas da família, assim como os outros citados, são fictícios para garantir o sigilo dos dados.

A primeira denúncia feita contra a mãe da criança, em 22/03/88, foi de abandono do Marcelo que na época tinha 1 anos e 5 meses. A mãe deixava-o sozinho em casa, trancado em quarto escuro durante horas e não lhe dava alimentação adequada e em horários regulares. Além disso, a criança não falava e nem andava e a mãe demonstrava não gostar deste filho, chamando-o por apelidos pejorativos e, ainda, que no primeiro banho quando o recém-nascido voltou do hospital, ela

deixou-o cair no chão.

A mãe foi chamada ao FÓRUM (24/03/88) e entrevistada por duas vezes, mas confirmou apenas que deixava as crianças sozinhas, pois precisava sair e não tinha com quem deixá-los, o restante da denúncia ela não confirmou. A mãe falou que não tinha consciência da diferença de tratamento que dava para os filhos e que a gravidez deste filho não foi desejada e planejada porque o primeiro filho tinha apenas 5 meses, mas que depois a aceitou.

Após um mês destas entrevistas, a estagiária do Serviço Social entrou em contato com uma das tias paternas do menino maltratado. A mesma relatou que notou diferença no tratamento da mãe com o filho, mas que teve curta duração, voltando em seguida a negligenciar nos cuidados básicos com a criança. No dia 25/05/88, a estagiária retornou à casa da mãe maltratante e encontrou Vicente e Marcelo sozinhos em casa. Ela esperou pela mãe das crianças durante uma hora mas como a mãe não retornou, ela levou as crianças para casa de uma tia paterna e deixou uma intimação para o casal comparecer ao Juizado de Menores no dia seguinte, ou seja, 26/05/88. Nesta ocasião os pais foram advertidos pelo Juiz de Menores, o qual salientou que na próxima queixa de abandono e negligência para com os filhos, o casal seria destituído do pátrio poder. O casal prometeu cuidar melhor dos filhos e o marido, que trabalhava fora e só vinha para casa nos finais de semanas, prometeu vir mais vezes durante a semana. O Serviço Social ficou encarregado de fazer visita familiar semanalmente, para acompanhar o caso. Estas visitas aconteceram por mais 2 meses, quando aconteceu o rompimento do acompanhamento por motivos de término do estágio desta assistente social. Por não haver possibilidade de outra pessoa continuar este

trabalho, assim como por ter havido melhora no comportamento da mãe em relação ao seu filho, as visitas acabaram.

Entretanto, no dia 07/03/89, aconteceu a segunda denúncia contra esta mesma mãe, de maltratos com a mesma criança. A denúncia aconteceu exatamente 1 (um) ano após a primeira, quando a tia paterna do Marcelo, queixou-se que a mãe deixava a criança sem comer, dava banho no tanque altas horas da noite, colocava a criança para dormir sem dar alimentação, batia sem qualquer razão e jogava-o contra a parede da casa. A assistente social encaminhou ao Juiz de Menores uma correspondência interna, informando-o dos acontecimentos e sugerindo que o mesmo determinasse a verificação da situação do menor e as providências cabíveis. O Juiz de Menores não respondeu à correspondência mas soube que eu estava acompanhando a família na tentativa de resolução do problema.

Após este período de análise documental sobre o caso escolhido, o passo seguinte foi fazer o primeiro contato com esta família e obter o consentimento da mesma para desenvolver o trabalho proposto. A família aceitou o apoio oferecido para tentar resolver o problema.

Foram realizadas 40 (quarenta) visitas domiciliares, sendo que a média do tempo de permanência com a família foi de 1:30 hs por visita. As visitas ao FÓRUM foram em número de 12 (doze), onde a média do tempo de permanência foi de 30 minutos. As visitas ao FÓRUM tinham como objetivo informar sobre o acompanhamento da mãe e sobre o andamento do trabalho, e receber orientações quanto a determinados procedimentos jurídicos.

As visitas domiciliares tiveram início no dia 11/04/89. Não foram planejadas de antemão quantas e quando as

visitas seriam realizadas. Com o andamento do trabalho, observou-se que visitas mais próximas, ou seja, uma por semana, auxiliava na interação enfermeira/família, objetivo primordial para o desenvolvimento da assistência de enfermagem à família maltratante.

O trabalho com a família foi desenvolvido durante 7 (sete) meses, tempo proposto pelo curso para a realização do trabalho de campo para a dissertação. Entretanto, até o momento não houve o rompimento do relacionamento enfermeira-família, porque não foram alcançados todos os objetivos desta proposta, ou seja, não existe ainda garantia na mudança do comportamento da mãe e completa segurança para o crescimento e desenvolvimento sadio da criança.

Para facilitar o entendimento deste trabalho, ele foi descrito relatando cada encontro com a família, seguindo as etapas do processo de enfermagem. Num primeiro momento existe o plano de ação planejado para o encontro, após o levantamento dos dados com as observações e sentimentos da enfermeira, seguido da avaliação do plano de ação, diagnóstico e avaliação. Colocando sempre as análises e reflexões que levaram ao próximo encontro com a família, assim como as mudanças na metodologia do processo de enfermagem.

Plano de Ação para a Visita de 11/04/89

1) Conhecer a família e iniciar o processo de interação enfermeira/família. "Papel de técnica".

2) Observar a reação da mãe abusiva quanto ao fato de querer ajudá-la a resolver o seu problema. "Papel de técnica".

3) Explicar a finalidade da visita e os objetivos da mesma. "Papel de professora".

4) Obter o consentimento da família para que este trabalho seja utilizado como dissertação de mestrado. "Papel de técnica".

5) Observar a criança maltratada quanto aos aspectos de crescimento e desenvolvimento, assim como a maneira de agir da mãe com esta criança. "Papel de técnica".

6) Verificar se o maltrato acontece somente com esta criança. "Papel de técnica".

7) Observar a máximo possível as condições de habitação, econômicas, sociais, saúde, higiene, conforto, interação, etc. "Papel de técnica".

Passo a relatar o primeiro encontro com a família. Para chegar na residência da família, pedi auxílio na indicação da casa para uma pessoa. A rua não possuía calçamento nem calçada. A casa que foi indicada, tinha um terreno com mais 2 (duas) casa, segundo informações da mãe de Marcelo, o sogro (Sr. João) é o dono de todo o terreno. Uma das casas pertencia à tia paterna de Marcelo, a do meio é a do Sr. João, e a outra casa muito próxima a esta segunda, é a casa da família em estudo. No terreno encontra-se, ainda, uma horta que é cuidada pelo Sr. João. No pátio não tem calçada nem grama, existem 2 (dois) tanques para lavar roupa, uma peça de madeira e um pequeno espaço livre. A casa da família maltratante era de madeira bem novinha, sem pintura, possuía 4 (quatro) peças, sala, cozinha e 2 (dois) quartos. A porta da cozinha estava aberta, fui até lá e encontrei uma criança brincando com carrinhos. Na cozinha havia pia, fogão, geladeira, mesa e 3 (três) cadeiras. Perguntei ao menino pela mãe dele e ela apareceu, tinha uma outra criança chorando no interior da casa. Perguntei se ela era a Sônia, como ela respondeu que sim, eu me identifiquei e disse que estava

trabalhando junto ao FÓRUM e perguntei se podíamos conversar um pouco.

Ela me convidou para entrar, ofereceu uma cadeira e pediu licença para buscar a criança que estava chorando. Como era um bebê, questionei se também era seu filho, então ela explicou que sim e que são três crianças. O mais velho é o Vicente (3 anos), que estava brincando, este é o mais novo, Jorge (2 meses) e o segundo é o Marcelo (2 anos) que não estava em casa.

Comentei que no FÓRUM não havia informação de que ela estava grávida ou de uma terceira criança. Ela respondeu que achava que eles não sabiam mesmo.

Expliquei que estava interessada em ajudá-la, que me interessava por estes casos e gostaria de tentar entender como e porque acontecem os maus-tratos nas famílias. Não tinha interesse em puni-la, mas sim em ajudá-la, que era enfermeira e estava começando a trabalhar com o CEPAM. Ela disse: "o que tu quer que eu fale? O que tu quer saber?". Então eu respondi que ela podia falar o que tivesse vontade de falar, não havia obrigatoriedade em nada. Eu só gostaria de saber neste momento, onde estava o Marcelo. "Ele está na casa da madrinha do Vicente, meu marido levou pra lá faz 15 ou 20 dias, porque o pessoal do FÓRUM falou que vinham buscar ele".

A criança, Vicente respondeu a mesma coisa e quando perguntei se ele estava com saudade ele respondeu que sim (com a cabeça), sorriu e continuou brincando.

Então houve um pequeno silêncio, que foi interrompido pelo choro de Sônia, que também baixou a cabeça, e disse: "Eu vou falar. Começar por onde?". Expliquei que se ela não tinha vontade de falar, não havia problema. O que eu gostaria mesmo, é que ela me considerasse uma pessoa de confiança, que

queria ajudá-la e não puni-la. Que fosse sincera comigo assim como eu estava sendo com ela, que me permitisse voltar outras vezes para nós conversarmos e tentarmos resolver o problema.

Ela disse: "Mas eu quero falar sim. Eu preciso contar, eu não sei o que acontece comigo, mas eu não consigo gostar do Marcelo, assim como eu gosto destes dois".

Ela continuou falando que já havia ido em uma psicóloga, benzedora, mas que não gostou e não adiantou nada. Que achava que isto acontecia porque ela não queria aquela gravidez, que a criança nasceu prematura e ficou 13 (treze) dias no hospital. Ela disse que quando o menino nasceu era bonito e depois ficou feio, que chorou 9 meses dia e noite e isto a deixava louca.

"Talvez tenha sido, também, porque logo que ele voltou do hospital, o Vicente se queimou com café e precisou ficar no hospital 5 (cinco) dias. Como a criança precisava de bastante atenção e cuidados para não ficar com cicatrizes, eu precisei me desligar um pouco do Marcelo. Eu adoro estes dois filhos, com o Marcelo não sei o que acontece. Eu converso com estes dois, com ele não".

"Quando ele chora, ele me irrita, as pessoas me culpam, falam comigo me acusando. Isto me dá mais raiva ainda e mais vontade de ofender ele, aí é pior. Eu sei que tenho culpa, mas não é bem assim".

A mãe contou, ainda, que quando nasceu o terceiro filho, eles falaram que era menino e prematuro, logo veio na cabeça dela a experiência anterior e ela falou "outro?". A enfermeira achou que era o fato de ser menino, mas na hora ela preocupou-se com a palavra "prematuro", teve medo que a experiência se repetisse, mas isto não aconteceu e ela disse: "Ainda bem que não aconteceu tudo de novo, ele não precisou

ficar na incubadora porque não gemeu, e veio para casa junto comigo".

Em relação ao pai da criança, a mãe conta que ele trabalha em uma cidade vizinha daqui, em sociedade com um irmão dele, que vem para casa todos os finais de semana e algumas vezes à noite durante a semana. Falei da importância da participação dele nestes encontros, então ela disse que à noite talvez o encontrasse em casa.

O Vicente brincava, às vezes falava alguma coisa, pareceu uma criança tranqüila, chupava um bico velho, o qual dificultava entendê-lo. Brinquei com ele, depois ele saiu e voltou com o joelho raspado, pois havia caído. Ele contou como aconteceu, eu fiz um curativo, conversei novamente sobre o seu acidente e ele voltou a brincar na cozinha.

A mãe começou a fazer perguntas sobre a falta de apetite do Vicente, sobre vermes que as crianças tiveram, sobre gravidez e anticoncepcional. Nós conversamos bastante sobre isto, sobre a cirurgia que ela pretende fazer para não ter mais filhos, pois ela e o marido não querem mais, e sobre os cuidados que deve ter, já que não pretende ter mais filhos.

Comentou, ainda, que não gosta de conversar com as pessoas porque elas a culpam muito com a história do Marcelo e até com o marido evita conversar porque ele não a entende. Ela está sentindo falta do Marcelo e tem medo que a família que está com ele, não queira mais devolvê-lo, porque acha fácil as pessoas se apegarem às crianças.

Sônia fez uma mamadeira para o Jorge e eu perguntei se ela não amamentava, ela disse que sim, mas achava seu leite fraco e por conta própria estava adicionando mamadeiras. Eu orientei tudo sobre amamentação e reforcei a importância do leite materno e a inexistência do leite fraco. Ela demonstrou

entender o que eu havia orientado.

Eu verbalizei que iria embora, então a mãe falou que achava que me conhecia, eu deixei mais claro que sou professora na UNISUL e já fiz estágio com os alunos neste bairro, que estou cursando o mestrado. Não falei sobre a dissertação porque queria permissão do casal e tinha medo de más interpretações se eu falasse com eles em separado, deixei para outra oportunidade.

Fizemos ainda um contrato verbal em relação às próximas visitas, onde tentei deixá-la à vontade. Ela disse que eu poderia voltar quando quisesse. Expliquei também que se algum dia ela não quisesse conversar comigo, que fosse sincera.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram desenvolvidos os seguintes itens do plano de ação, 1,2,3,6 e 7.

2) Não foram desenvolvidos os itens 4 e 5. Não expliquei para a mãe abusiva que este trabalho também seria utilizado para minha dissertação, porque gostaria de falar sobre isto com o casal, eu tenho medo de más interpretações, conversando com os dois juntos acredito que será melhor.

Não foi possível observar a criança maltratada, pois ela não se encontrava na sua residência.

3) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções: a) Demonstrando atitudes positivas no relacionamento com as crianças, como: conversar, brincar, pegar no colo e dar atenção às crianças. "Papel de mãe-substituta";

b) Realizando curativo; orientações sobre anticoncepcional, amamentação, verminose e alimentação. "Papel de técnica".

Diagnóstico Provisório de Enfermagem

Tendo como base o diagnóstico de enfermagem explicado no capítulo anterior, chegou-se ao seguinte diagnóstico provisório.

O tipo de "interação extra-familiar" me pareceu ser conflituosa, pois o fato dos familiares e da sociedade culpar a mãe pelo seu comportamento abusivo, estimula a agressividade da mãe com o seu filho, formando um círculo vicioso, de muito estresse, assim como, o isolamento e a rejeição desta família. "Pontuação 2 (dois)".

Isto faz com que a "interação familiar" também fique conflituosa e estressante. Parece que a comunicação do casal se restringe a informações e formalidades. "Pontuação 2 (dois)".

A "definição de situação" de maltrato pela família, parece ser "não reconhecer a sua agressividade". Não posso avaliar se ela conceitua os tipos de maltrato, pois não questionei. Ela reconhece parcialmente a sua atitude, mas conhece pouco sobre os motivos que a levam ao maltrato e, principalmente, os meios de evitá-lo. "Pontuação 2 (dois)".

A "definição de situação" pela enfermagem, faltam muitos dados mas também parece ser: "não reconhece a sua agressividade". "Pontuação 2 (dois)".

O grau de dependência da família em relação à assistência de enfermagem parece ser "grau 3" (totalizando 8 pontos), considerando uma situação de alto risco de reincidência do maltrato. A família necessita de assistência de enfermagem urgentemente. Apesar do grau 3, fiquei mais tranqüila, pois a criança não se encontra na residência dos pais.

Avaliação

Achei surpreendente este encontro por vários motivos. Quando eu pensava em trabalhar com este tipo de família, sempre tive medo da recepção que teria. Achava que não seria bem recebida, pois o maltrato denunciado para as autoridades, poderia gerar uma revolta muito grande nestas famílias. Entretanto isto não aconteceu, fui bem recebida pela família e o que considero mais importante, pela mãe abusiva.

Nas informações que obtive no CEPAM, a respeito da família, não constava a presença de um terceiro filho e nem que a criança maltratada não se encontrava na residência da mãe. Num primeiro momento, fiquei confusa em como realizar o trabalho com a ausência desta criança no lar e qual atitude tomar, se a família pedisse a minha opinião a esse respeito. Este fato fez com que eu levasse o problema para o CEPAM e para a sala de aula para discuti-lo. Decidimos que eu não tomaria nenhuma atitude em trazer a criança sem a vontade dos pais e que iria trabalhar com mãe e filho no lugar em que eles se encontravam.

Não gostaria de abordar o assunto maltrato no primeiro encontro, pois considerava importante que antes disso houvesse uma boa interação enfermeira/família. Mas a mãe fez questão de falar no assunto e contou o que acontecia entre ela e o filho. Isto foi surpreendente também, porque até o momento a mãe negava que maltratava seu filho. Ela verbalizou apenas os seus sentimentos em relação ao seu filho, mas não disse nada sobre espancamento, deixá-lo sem alimentação, dar banhos à noite no tanque, etc. O assunto não foi explorado porque nesta fase o interesse maior foi de conhecer a família através dos relatos espontâneos.

Observou-se uma contradição no relato da mãe, pois a mesma disse: "Quando ele nasceu, ele era bonito, depois ele ficou feio. Quando eu fui buscar ele no hospital ele tava feio. Muito magrinho, na cabeça não tinha cabelo, pois cortaram para pôr o soro, ele tava feio, não parecia o mesmo que vi quando nasceu". E logo depois disso ela argumentou, mas mudou o seu comportamento não-verbal pois abaixou a cabeça, gaguejou e falou em tom mais baixo. "Eu ia ver ele todos os dias, mas a impressão que me deu, era que não era meu filho". Pareceu-me que a mãe não visitava seu filho diariamente e isto me causou questionamentos em relação à assistência de enfermagem prestada em unidades neonatais. Eu acredito que a enfermagem deve promover a interação mãe/filho estimulando a amamentação, principalmente, em prematuros, e a participação da família no tratamento do recém-nascido. Se a família acompanhar o tratamento do recém-nascido prematuro ela terá condições de avaliar o processo de reabilitação deste e as transformações que acontecem com ele devido ao tratamento, não importando se ele está bonito ou feio, e sim o seu estado de saúde atual. Tive dificuldades em aceitar a idéia de que nós profissionais, possamos contribuir para promover uma situação de maltrato.

Percebeu-se que a mãe abusiva falava bastante, quase não havia necessidade de perguntar, mas ela preferiu falar de Vicente e Jorge. Quando referiu-se ao Marcelo não o fazia com a mesma tranquilidade, ela modificava o tom de voz, abaixava a cabeça e mudava de assunto. Quando ela verbalizou que adorava os dois filhos, mas que com o Marcelo era diferente, eu questionei: E agora que ele está fora de casa, o que você sente?. Ela respondeu: "Eu sinto falta dele, ele é bastante comilão, come bastante, apesar de ser magrinho. Agora quando

eu coloco fora algum restinho de comida que sobra, eu lembro dele porque quando estava em casa não sobrava nada".

Eu considerei muito importante a mãe estar sentindo a falta do filho, mas não falei nada para ela naquele momento. Fiquei pensando como e por que a mãe pode não gostar apenas do Marcelo? Ele não é o caçula, não é de sexo diferente, ele não foi o único que nasceu de uma gravidez não planejada, então quais seriam os motivos que levariam esta mãe a não gostar apenas deste filho. Então percebi que esta criança além de não ter sido planejada, foi rejeitada desde a gravidez, nasceu prematuro, ficou separada da mãe durante 13 dias, não foi amamentada e não houve assistência adequada com a mãe durante estes períodos. Percebi também que quando a mãe foi denunciada ao CEPAM pela primeira vez em março de 1988 e foi assistida pela assistente social, engravidou do 3º filho, Jorge e o trabalho que foi realizado mesmo sem haver consciência desta gravidez, auxiliou para que não houvesse rejeição. Auxiliou também por não ser necessária a permanência da criança no hospital, mesmo sendo prematuro. E isto se confirma pelo relato do medo da mãe quando soube que Jorge também era prematuro. Isto esclareceu um pouco o fato da mãe gostar de Vicente e de Jorge e não gostar do Marcelo. Mesmo assim continuei me questionando sobre isto.

Como foi o primeiro contato com a família, acredito que ele foi muito bom e importante no desenvolvimento do processo. A interação enfermeira/família, que considero primordial, estava começando a acontecer, isto se confirma, principalmente, pelas verbalizações realizadas pela mãe abusiva. Existem dúvidas, mas considero isto normal nesta fase.

O diagnóstico foi considerado provisório, devido à

falta de dados, pois não tinha intenção de levantar dados neste momento.

Nos encontros iniciais, considerei importante conhecer os motivos que levavam esta mãe a maltratar o seu próprio filho, assim como, entrar em contato com outras pessoas para perceber como a família estava inserida no seu meio e com isto aumentar o conhecimento a respeito da família, para poder assisti-la. Portanto, acreditei que deveria entrar em contato com a criança maltratada o mais breve possível.

Na visita ao CEPAM para informá-las dos acontecimentos, elas ficaram surpresas com a presença de uma terceira criança, e como era o tratamento desta mãe com esta criança. Conversamos sobre esta primeira visita e isto me ajudou bastante.

Observação

No intervalo entre a primeira e a segunda visita, houve um encontro não programado (20/04/89). Eu estava chegando no correio quando vi Sônia com Vicente e Jorge. Eles estavam indo ao médico para a consulta mensal de Jorge. Vicente também iria se consultar porque estava muito gripado. Vicente foi muito simpático, me beijou e sorriu com muita espontaneidade, e pareceu ser bastante carinhoso. Sônia foi amável comigo e acreditei que a nossa interação fluirá facilmente. O encontro foi rápido mas percebi que eu estava formulando perguntas mal elaboradas, pois nelas eu estava induzindo uma resposta. Pensei sobre isto e comecei a prestar mais atenção na maneira de fazer os questionamentos.

Plano de Ação para a Visita de 24/04/89

- 1) Continuar o processo de interação enfer-

meira/família. "Papel de técnica".

2) Reconhecer adequadamente a comunicação verbal e não-verbal dos informantes. "Papel de técnica".

3) Tentar entrar em contato com a criança maltratada e com seu pai, assim como, com outras pessoas do meio no qual a família se insere. "Papel de técnica".

4) Informar e solicitar o consentimento da família para a realização deste trabalho bem como para a minha dissertação. "Papel de técnica".

5) Observar melhor como é a comunicação entre o casal. "Papel de técnica".

6) Avaliar o que é melhor para a criança maltratada, voltar para casa ou ficar onde está. "Papel de técnica".

7) Tentar levantar qual a decisão da família em relação à criança maltratada que está fora de casa. "Papel de técnica".

8) Saber da saúde das crianças e estimular o aleitamento materno. "Papel de técnica".

No segundo encontro com a família realizado em 24/04/89, encontrei Vicente na rua, em frente a sua casa. Ele me reconheceu, me beijou e disse que a mãe e o pai estavam lá dentro. Entrei e encontrei Sônia e a sua mãe, sendo apresentada para ela como "a moça lá do FÓRUM". Sônia foi logo pedindo desculpas pela bagunça da casa, dizendo não ter tido tempo de limpar a casa ainda, porque foi fazer compras. Eram 10:00 horas da manhã e a casa estava suja, louça do jantar e café da manhã na pia, fogão sujo, compras na mesa.

Sônia estava preocupada, e foi logo falando que ficou sabendo por vizinhos, que a família que estava cuidando da criança maltratada, quer doá-lo para outra família sem avisá-la. Ela somente ficaria sabendo quando tudo estivesse

pronto (SIC).

A mãe de Sônia, várias vezes tentou justificar o comportamento abusivo da filha dizendo: "não é fácil dar carinho e atenção para 3 crianças pequenas, eu sei o que é isto, eu também criei filhos. Tenho 4 filhos, mas naquela época era difícil de evitar". Mas Sônia interrompeu-a dizendo: "Mãe, ela sabe que eu não gosto muito do Marcelo, eu já falei pra ela". Então a avó de Marcelo, D. Maria começou a trazer algumas coisas que seriam segundo ela, a causa deste problema, ou seja: "Isto é praga do pai dela, meu marido, que acaba pegando na criança que é mais fraquinha e faz com que a Sônia não goste do filho. O Marcos não gosta da filha porque ela fugiu de casa, era muito nova e ele não perdoa. Ele também não gosta porque nós se damo bem. E porque ele (Marcos) não vale nada, graças a Deus tamo separado há 2 (dois) meses".

D. Maria contou também que passou muito trabalho para criar os filhos dela, mas que o marido ajudava bastante, saindo para passear com eles. Enquanto D. Maria falava, Sônia pediu licença e começou a lavar a louça, não falava nada.

Na sala, a TV estava ligada e o irmão da Sônia, que tem 11 anos, estava assistindo. Depois ele veio até a cozinha e a D. Maria falou que tem problemas com ele, que ele reclama de falta de carinho e comida. O menino confirmou e acusou a mãe em relação a isto. D. Maria justificou que precisava fazer faxina na casa dos outros para obter dinheiro e manter a casa, que muita comida pronta que deixava na geladeira para ele, acabava indo fora, porque ele não queria aquecê-la e ia para a casa do pai sem avisá-la. Falou que ele estudava, mas que poderia ajudar fazendo alguma coisa para ganhar dinheiro também, mas que ele só queria brincar. Devido às acusações, percebi que havia maltrato, e resolvi me oferecer para

conversar outro dia sobre isto, porque ela estava querendo ir embora desde que eu cheguei. Eles aceitaram. D. Maria colocou mais alguns problemas como: "A vida com o meu marido era horrível. Ele fez eu e meus filhos viver na mesma casa com outra mulher, e dormia comigo e a outra prostituta. Ele também passava na frente de casa com outra mulher, não respeitava nem os filhos dele".

Observei que a avó materna tem uma crença bastante grande na sua religião e atribui tudo ao "demônio" que encarnou no seu marido (Marcos) e está prejudicando a vida da filha. Disse ela: "A gente precisa acreditar em Deus, que aí ele resolve os nossos problemas". Depois ela foi embora.

Jorge que estava no meu colo, começou a resmungar, Sônia parou de lavar a louça e fez um mingau para ele, depois mamou e dormiu. Enquanto ele mamava, eu reforcei a importância da amamentação, a mãe concordou comigo mas não mudou o seu comportamento.

Quando ela foi até o quarto levar Jorge, eu percebi os pés de uma pessoa na cama do casal. Concluí que era seu marido Ricardo que estava dormindo, pois Vicente havia falado que o pai estava em casa. Fiquei me questionando sobre o que ele estaria fazendo em casa, numa segunda-feira, dormindo até aquela hora. Mas resolvi não falar nada e observar a reação da mãe abusiva.

Quando Sônia voltou do quarto, começou a falar sobre a criança maltratada, que não quer que ele seja doado, que o marido pensou em ir buscá-lo mas não houve diálogo entre eles sobre isto. Ela contou que existe muita "fofoca" no bairro, entre os familiares e com a sogra dela, mas que estava aprendendo a viver: "Eles fazem fofoca, eu fico magoada é claro, mas não dou bola, porque senão eu brigo com todos e aí não dá,

fica mais difícil ainda". Ela acredita que a história da doação do Marcelo, também é fofoca, ela acha que a cunhada não faria isto, mas tem medo que aconteça. Conversamos sobre isto, então me ofereci para ir até a casa desta família com a finalidade de obter informações sobre o fato e para eu conhecer o Marcelo, que eram meus objetivos também, ela concordou.

Sônia contou também que Marcelo veio passear na sua casa na semana passada. Marcelo veio para o colo dela um pouco e depois quis voltar para o carro porque ele adora carro.

Investiguei mais detalhes sobre a família que cuida do Marcelo. O Vicente é afilhado deste casal, a esposa é irmã de Ricardo, portanto tia de Marcelo e eles têm 3 (três) filhos, sendo que a caçula tem 6 anos.

Questionei sobre as consultas realizadas com as crianças, ela respondeu que estava tudo bem. "O Jorge está com o peso e altura dentro da tabela, hoje ele amanheceu gripado, com catarro, tossiu e vomitou toda a mamadeira. O Vicente está melhor, o médico deu remédio. O médico disse que o Vicente está com a altura acima da tabela e por isso ele parece tão magrinho". Conversamos sobre os cuidados com as crianças, devido aos resfriados e sobre a mamadeira.

Quando eu saí da casa de Sônia, era quase meio-dia, ela não havia começado o almoço. Vicente estava comendo bolacha, o marido não levantou, e ela não comentou sobre o fato dele estar em casa, mesmo quando falei que gostaria de falar com ele. Ela disse que no sábado seria o melhor dia para eu conversar com ele.

Avaliação do Plano da Ação

1) Foram desenvolvidos os seguintes itens do plano de ação, 1,3,5,7 e 8.

2) Foram desenvolvidos parcialmente os itens 2 e 6 do plano de ação. Parcialmente porque acredita-se que não se conseguiu reconhecer exatamente a comunicação verbal e não-verbal dos informantes, assim como, qual é a alternativa mais adequada quanto ao retorno ou não da criança maltratada para a sua casa.

3) A enfermeira realizou ainda, as seguintes intervenções:

- a) Demonstrando atitudes positivas com as crianças como: carinho, atenção, pegar no colo, dar mamadeira, brincar, etc. "Papel de mãe-substituta";
- b) Estimulando a amamentação. Orientando sobre doenças respiratórias e alimentação das crianças. Oferecendo auxílio para a resolução dos problemas detectados. "Papel de técnica".

Diagnóstico Provisório de Enfermagem

Ficava mais claro devido ao relato das pessoas, ser a "interação extra-familiar" conflituosa. "Pontuação 2 (dois)".

A "interação familiar" parecia de distanciamento, uma vez que os dados refletiam não ser a comunicação entre os membros aberta, livre e clara. "Pontuação 1 (um)".

A "definição da situação", segundo a avó materna, levantava como motivos para o maltrato, a influência religiosa, espíritos bons e maus. Além disso, percebia-se a interação difícil entre os membros da família materna. "Pontuação 2 (dois)".

A "definição da situação" para a enfermeira ainda era indefinida, devido à insuficiência de dados. A história

familiar começou a aparecer, o que poderia clarear a definição da situação. "Pontuação 2 (dois)".

O grau de dependência da família em relação à assistência de enfermagem, foi considerado "Grau 2 (dois)", totalizando 7 (sete) pontos. Continuando a ser uma situação de risco para a reincidência do maltrato, necessitando assim, da assistência de enfermagem.

Avaliação

Neste encontro acredito que começou a aparecer a história de vida da mãe abusiva. Existem ainda muitas coisas para serem esclarecidas, inclusive como, quando e porque ela fugiu da casa dos pais. Questionei o fato de Ricardo estar em casa naquela hora e dormindo assim como, porque Sônia não o chamou se sabia que eu gostaria de falar com ele também. As crenças e valores da avó materna ficaram mais claros a partir deste momento. D. Maria acreditava que a sua religião era a melhor e que as outras não eram boas, e por isso as pessoas são más.

Apesar de já haveremos conversado sobre a importância da amamentação, Sônia continuava com mamadeiras adicionais por conta própria porque achava seu leite fraco e insuficiente. Eu observava, que a mudança de comportamento era difícil, não acontecendo de uma hora para outra, mesmo quando há conhecimento das vantagens desta mudança.

A situação sócio-econômica de D. Maria não é muito boa e se confirmou quando ela dizia: "Eu preciso trabalhar fora porque o meu marido não paga nada. Ele botou tudo o que tinha fora e agora quer me tomá o que eu consegui comprá com meu trabalho". Eu achei que estes problemas entre os pais de Sônia influenciaram na vida de Sônia e por isso ela não fazia

nenhum comentário.

Fiquei feliz com a oportunidade que surgiu em conhecer o Marcelo e poder conversar com outras pessoas da família, sem que houvesse necessidade de pressionar para conseguir.

Fiquei pensando sobre o fato da D. Maria querer justificar os motivos que levaram a filha ao maltrato, porque ela enfatizou muito que o Marcos a ajudava bastante. Será que ela estava querendo dizer que o marido da filha não ajudava no cuidado com as crianças?

Ela levantava também a importância do lazer na vida das pessoas. Será que isto não acontecia na vida de Sônia? Fiquei em dúvida também quanto ao relacionamento de Dona Maria com seu filho. Será que era maltrato?

Fiquei surpresa com o fato de ser quase meio-dia e Sônia não ter começado o almoço, assim como deixar o Vicente comer bolacha naquela hora, uma vez que havíamos conversado sobre a inapetência dele. Acreditava que devia conversar novamente com ela, porque se neste horário ele comia bolacha, como teria apetite para almoçar?

Será que a família que estava cuidando do Marcelo, realmente estava querendo doar a criança ou era "fofoca", para ver qual seria a reação dos pais? Estava curiosa para conversar com esta família e conhecer mais coisas sobre a mesma. Se a intenção desta família era saber qual a reação dos pais, eu acreditava que ela foi positiva, pois a Sônia queria o filho de volta. Se a intenção era doar o Marcelo realmente, eu teria de informar a família sobre os processos legais exigidos nestes casos, informar a família da Sônia e o CEPAM.

A interação enfermeira/família estava evoluindo e se alastrando para outros membros da família, o que certamente

iria facilitar o levantamento dos dados, o diagnóstico e, conseqüentemente, a assistência de enfermagem.

Plano de Ação para visita de 28/04/89

1) Continuar a interação enfermeira/família, expandindo para outros membros da família e especificamente com a criança maltratada. "Papel de técnica".

2) Reconhecer a comunicação verbal e não verbal. "Papel de técnica".

3) Verificar como a criança maltratada está sendo cuidada na casa dos tios. "Papel de técnica".

4) Identificar a história dos maus-tratos vista por outras pessoas e a realidade sobre a adoção da criança maltratada. "Papel de técnica".

5) Observar a interação familiar assim como, a interação entre estas famílias. "Papel de técnica".

6) Saber qual foi a reação da mãe e filho no encontro que tiveram. "Papel de técnica".

7) Levantar dados sobre a participação e comportamento do pai da família maltratante. "Papel de técnica".

Conforme foi combinado com Sônia, eu procurei e encontrei a família que estava cuidando do Marcelo. Na frente da casa estava o Marcelo, olhando para a rua e agarrado nas grades de um muro de ferro, alto e grande que rodeava toda a casa. Tentei brincar com ele mas ele não aceitou e dizia: "Pála, dexa, pála". Ele estava vestido com uma roupa de malha limpa e adequada para o clima. Convidei-o para entrar na casa comigo mas ele não aceitou, quando cheguei nos fundos da casa, encontrei a tia de Marcelo, D. Joana, lavando roupa. Percebia-se que estava terminando a faxina da casa.

Perguntei se ela era D. Joana, me identifiquei e

perguntei se podíamos conversar um pouco. Ela começou a se desculpar por estar de faxina, a cozinha ainda estava molhada e estava acabando. Eu expliquei que não gostaria de atrapalhar, se ela quisesse continuar eu esperaria, então ela disse que iria terminar de lavar aquele tapete, depois nós entraríamos.

Neste momento vieram o Marcelo e o marido de Joana, Sr Antônio. Comecei novamente a conversar com Marcelo, ele gostou, veio para o meu colo e se aconchegou bem em mim. Quando encostei o rosto dele no meu, ele ficou bem quietinho. Senti que ele era uma criança calma e que gostava muito de carinho e atenção.

O Sr. Antônio perguntou se existia uma nova denúncia, quem fez e como eu cheguei na casa dele. Eu expliquei que foi feita uma nova denúncia, a pessoa que a fez tinha pedido sigilo e por isso eu não poderia citá-la. Disse ainda que o endereço deles, tinha sido a Sônia que me dera, uma vez que eu queria ver o Marcelo e conversar com eles.

Joana disse: "Pobre criança! Viu como ele é? É carente, é um rejeitado pela mãe! Viu como ele gosta de carinho? No início ele não vai com ninguém, depois ele não sai mais, adora um colo. Sônia chama ele de retardado. Você acha que ele é retardado?" Então eu respondi que achava que não, que ele parecia ser normal. Joana continuou: "Ela sempre chamou ele de retardado, feio, zuiudo e cabeçudo. Ele não tem nada de retardado, é uma criança ativa, o que ele precisa é de comida e de carinho".

Seu Antônio reforçou: "É isto aí, quando ele chegou aqui em casa, era tão fraquinho que não conseguia parar em pé, agora ele está até mais bonito".

Então D. Joana convidou para entrar e sentar na

cozinha. O Sr. Antônio saiu e chegou o filho mais velho deles. Ela comentou que teve trabalho para criar os três filhos e que Sônia e Ricardo deveriam criar os filhos deles também. Ela não achava correto que Marcelo ficasse separado das outras crianças e que a mãe não gostasse desta criança. Segundo Joana: "Como vai ficá a cabeça desta criança sendo criada separada dos irmãos!"

Ela contou também que durante estes 20 dias que a criança estava com ela, Ricardo e Vicente vieram visitá-lo. Disse que a reação de Marcelo foi de ciúmes, porque ele olhava para o pai e para o irmão e não fazia nada. Vicente ficou feliz em ver o irmão e conversava, acariciava e convidava Marcelo para ir embora com ele. Durante 3 dias após a visita do pai e irmão, Marcelo não se alimentou direito e chorava durante o sono, depois ele voltou ao normal. Ela não referiu a reação do pai com o filho.

Logo depois, Antônio retornou e contou a mesma história da visita do pai e do irmão de Marcelo e reforçou que não gostava do fato da criança estar sendo criada separada dos irmãos. E acrescentou: "Se for para o Marcelo ficar triste como ele ficou durante 3 dias é preferível que eles nem venham ver a criança. Assim ele não sofreria tanto".

O Sr. Antônio comentou o encontro de Sônia com Marcelo e eu perguntei qual foi a reação deles. Ele respondeu: "Ela puxava e chamava o Marcelo, ele só foi porque nós empurramos ele, mas depois ele voltou e não saiu mais". Joana: "Talvez seja porque nós tava no carro e ele gosta de carro". Antônio: "Quando ela pegou o Marcelo, ela encheu ele de beijos. Eu não sei se Sônia tava com saudade mesmo ou se era fingimento. Eu não acho certo é o Ricardo não tomar uma atitude, eu já disse pra ele. Ele também não tá certo".

Então eles contaram que Ricardo não ficava em casa, durante a semana ele trabalhava fora e nos finais de semana ele ficava no bar, jogando e bebendo cerveja. Pediram para que eu falasse com ele e desse uns conselhos e ameaçasse de perda do pátrio poder se ele não mudasse o seu comportamento também. Observa-se que eles conversavam sobre o assunto entre si e com a família maltratante, assim como não concordavam com o comportamento dos pais de Marcelo. Antônio disse ainda: "Ricardo também é errado. Eu acho que o Ricardo deveria juntar as três crianças e colocar a Sônia para fora de casa ou dar o Marcelo para outra pessoa criar, mas eles não poderiam visitar a criança nunca mais. Eu disse isto pra ele, quando ele me perguntou o que eu fazia se tivesse no lugar dele". Acrescentou ainda: " A Sônia tá errada, eu gosto muito dela como comadre e como pessoa, mas não gosto do que ela faz com o Marcelo, acho horrível isto, não entendo!".

Então eu aproveitei para investigar sobre a adoção do Marcelo. No início eles não quiseram contar, mas depois disseram que existia uma família interessada em adotar o Marcelo, mas que sabiam que isto era ilegal, sem a permissão dos pais. Isto foi uma história para saber qual era a reação de Sônia. Eu disse que Sônia não queria doar a criança e Joana disse: "Se ela se preocupa e não quer doar, é sinal que está colocando a cabeça no lugar".

O casal afirmou ainda que se for a única forma do Marcelo ser uma criança feliz então eles mesmos adotariam esta criança, porque ele é muito carinhoso, querido, uma criança boa.

Joana contou muitas coisas que confirmaram as denúncias realizadas anteriormente. Acrescentou que uma vez chegou na casa do seu pai, Sr. João, e ouviu Ricardo e Sônia

brigarem. A princípio, pensou ser briga de casal e não quis interferir, mas depois percebeu que era por causa de Marcelo e foi até lá. E o irmão falou para ela: "Sabe o que eu vou fazer qualquer hora dessas? Eu vou pegá o machado e cortar a cabeça do Marcelo fora, aí ele pára de sofrer nas mãos da mãe dele. Aí ele não vai ser um revoltado quando for grande, porque ele não vai chegar lá. Eu não agüento mais vê o que esta mulher faz com esta criança". Então ela tentou acalmar o irmão mas ficou impressionada com isto e disse: " aonde chega a cabeça do meu irmão, ela faz horrores com esta criança".

Durante a visita, chegou uma pessoa que é vizinho da mãe abusiva e comentou que no bairro, a Sônia era chamada de "andarilha", porque ela não parava em casa. A criança era chamada de "retinho" porque deslizava nas mãos da gente de tão magro que era. Ele também era chamado de "rejeitado pela mãe, enjeitado, sem dono". Enquanto ele contava isto e dizia estas palavras para o Marcelo, a criança começou a ficar irritada. Ele disse que sempre faz isto com o menino, eu fiquei muito chocada com isto e expliquei que o comportamento dele, também era maltrato, que a criança entendia tudo, e que ficava registrado na cabeça dele e prejudicava mais ainda a criança. Ele se desculpou pois não tinha esta intenção, que isto era uma brincadeira que ele fazia com a criança. E comentou que não entendia como uma mãe podia não gostar do próprio filho e mais, uma criança tão querida. Disse ainda, que no bairro todos sabiam o que a Sônia fazia, não concordavam, não entendiam e brincavam assim como ele com a criança.

O primo da criança maltratada também brincava com ele desta forma, eu tentei explicar o quanto isto prejudicava o desenvolvimento da criança e as conseqüências do compor-

tamento deles.

Depois os dois saíram da cozinha e Joana argumentou que Sônia não parava em casa, estava sempre na rua e não fazia comida para as crianças. Segundo Joana: "A mãe da Sônia diz que ela puxou pela mãe, que também não gosta de fazer comida. Sônia devia pensar nas crianças, ter horário pra comer, comida forte porque eles estão crescendo. Ela só dá bolacha. O meu filho também nasceu prematuro de 7 meses, eu penei bastante mas não faltou cuidado, com sopa, papinhas e ele é forte hoje".

Enfim, ela contou bastante coisas e pediu para que eu não parasse o trabalho com a Sônia, como já aconteceu e esperava que eu conseguisse resolver este problema porque gostava muito do Marcelo. Eu expliquei que estava tentando e achava que isto demorava um pouco. Acrescentei que ficaria auxiliando o tempo que fosse necessário, porque as pessoas mudavam e forma de pensar com facilidade mas a maneira de agir demorava e para isto não existia previsão de tempo. Também disse ser necessário todos os familiares ajudarem para que isto acontecesse. Uma maneira de cooperar era não culpar mais a mãe pelo seu comportamento e ouvi-la quando fosse necessário. Ela se propôs a ajudar fazendo o possível, então eu solicitei que ela não levasse o Marcelo naquele dia como ela estava pensando. Fiz este pedido e expliquei que talvez a Sônia pensasse que pudesse ser eu que tivesse pedido isto e na verdade eu não estava solicitando. Ela concordou, eu me despedi e fui embora, tendo sido convidada para voltar quando quisesse.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram desenvolvidos todos os itens do plano de

ação, ou seja: 1,2,3,4,5,6 e 7.

2) A enfermeira ainda realizou a seguinte intervenção: a) Explicando para as pessoas as conseqüências das brincadeiras inadequadas com a criança maltratada. "Papel de Professora".

Diagnóstico Provisório de Enfermagem

Este diagnóstico foi realizado considerando as percepções de alguns familiares.

A "Interação familiar" continua parecendo conflituosa, com discussão frequente entre o casal. "Pontuação 2 (dois)".

A "Interação extra-familiar", pode ser de distanciamento ou conflituosa, não pude avaliar mais esta questão por falta de dados. "Pontuação 1 (um) ou 2 (dois)".

A "Definição de situação" para a família visitada esta semana é de maltrato, porém desconhecem os motivos que a levam ao maltrato. No entanto, eles conheciam um pouco os meios de evitá-lo. "Pontuação 2 (dois)".

A "Definição de situação" para a enfermagem, permaneceu a mesma, ou seja, necessitando-se ainda de mais dados. "Talvez a pontuação seja 2 (dois)".

O grau de dependência da família em relação à assistência de enfermagem oscila entre "Grau 2 ou Grau 3", se igualando com os realizados nas primeiras visitas.

Avaliação

Percebi que os tios interagem e vivem bem. Eles se preocupavam com a situação do maltrato, conversavam sobre isto e tentavam ajudar.

Fiquei chocada e triste em saber que esta criança

era maltratada duplamente, pela mãe e pela sociedade. As pessoas nem percebiam o mal que estavam fazendo para a criança. Eu não tinha a intenção de fazer intervenção, mas ela foi necessária naquele momento. Questionei muito sobre o que eu poderia fazer com esta criança e como seria o seu futuro. Isto me preocupou naquele momento.

Conforme bibliografia, as pessoas não costumam interferir quando existe problema entre pais e filhos e procuram ajudar quando existe problema entre o casal. Neste caso, aconteceu o contrário, como era problema com a criança, a tia resolveu interferir.

Os familiares também não conseguiam distinguir se as reações da mãe abusiva eram verdadeiras ou falsas. Este fato até me estimulou, porque se eles que conviviam há mais tempo com ela não conseguiam, então eu não devia me angustiar.

Houve e acreditei que deveria continuar, uma preocupação constante durante os contatos com as famílias, em conhecer a veracidade dos fatos colocados pelas pessoas, assim como, analisar as colocações feitas. Procurei não demonstrar muito a minha opinião, para que eu pudesse observar como a família pensava, sentia, valorizava e realizava as suas ações.

Fiquei preocupada com as informações que recebi do comportamento do pai. Será que esta cerveja, ele bebe socialmente ou era um alcoolista? E o jogo? Por que ele não participava no cuidado das crianças? Achei que devia investigar e entrar em contato com ele, para perceber como ele definia a situação.

A família confirmou todas as situações de maltrato que foram denunciadas no CEPAM e, mais, acrescentou uma questão que eu considerava importante, ou seja, a não participação do pai na educação das crianças.

Ficou confirmado sobre a história da adoção, que existia o desejo de fazer isto, mas também existia a consciência de que isto não era possível. Então usaram o fato para testar os sentimentos da mãe abusiva em relação à criança e ficaram satisfeitos com o resultado, e eu também. Este fato me dizia que realmente devia ter esperança e investir na mudança de comportamento desta mãe abusiva. O interesse pelo filho, podia ser um fator importante e necessário em todo o trabalho.

O depoimento do vizinho de Sônia, confirmou que ela não tinha uma boa interação com a vizinhança.

Em relação à alimentação, confirmou-se que não existia horário para as refeições e ser uma alimentação incorreta, não só para Marcelo mas para todas as crianças.

Os tios de Marcelo queriam que existisse um acompanhamento mais prolongado com a família maltratante, visto que a tentativa anterior não deu resultados positivos a longo prazo. Acreditamos que um tempo maior poderia ser mais efetivo na mudança do comportamento abusivo.

A interação enfermeira com esta família, foi muito boa, livre de tensões e com informações muito importantes.

Através desta visita ficou bem claro que a mudança de comportamento exige um trabalho a longo prazo, até a família percebeu e solicitou que isto acontecesse.

Verifiquei ser necessário o aprofundamento de algumas questões, entre elas, a participação do pai na educação dos filhos assim como, durante as visitas para que o trabalho seja realmente realizado com a família, e não apenas com o agente abusivo.

Também observei ser importante rever o Marco Conceitual e o Processo de Enfermagem adotado, procurando

sempre manter a ligação teoria-prática. Estava em dúvida se devia continuar fazendo o diagnóstico de enfermagem em todas as visitas ou somente quando houvessem mudanças significativas.

Plano de Ação para a Visita de 29/04/89

1) Continuar o processo de interação enfermeira/família e contactar com o pai da criança maltratada. "Papel de técnica".

2) Informar e receber o consentimento da família na realização deste trabalho como minha dissertação. "Papel de técnica".

3) Observar a comunicação entre o casal, bem como a interação. "Papel de técnica".

4) Investigar se existia alguma decisão da família quanto ao retorno da criança maltratada. "Papel de técnica".

5) Observar melhor as condições de higiene da habitação e pessoal. "Papel de técnica".

6) Continuar a estimular a amamentação. "Papel de técnica".

7) Verificar o relacionamento família/sociedade. "Papel de técnica".

8) Investigar e observar a alimentação da crianças. "Papel de técnica".

9) Investigar qual é a definição de maltrato para o pai e como ele via os fatos ocorridos e que estão ocorrendo. "Papel de técnica".

10) Informar sobre a adoção da criança maltratada. "Papel de técnica".

Era um sábado à tarde e eu esperava conversar com a família, pois Sônia ficou de avisar o marido sobre a minha

vinda. O outro objetivo da visita, era tranqüilizá-los a respeito da adoção do Marcelo, pois fora um mal entendido. Mas chegando lá, encontrei Marcelo brincando com Vicente. Eu brinquei com as crianças, depois questionei se o Marcelo tinha vindo para passear, ou para ficar. Sônia me convidou para entrar, a casa estava bem arrumada e limpa, havia roupa no tanque para lavar, ela reclamou da falta de água para terminar o serviço e para tomar banho. Depois disso ela respondeu: "Ele veio ontem à noite para passear e nós resolvemos que ele ficava". Eu perguntei: "Como foi que vocês decidiram que ele iria ficar?" Então ela disse que os dois haviam conversado na 5ª feira à noite e iriam buscar o menino, mas ele veio passear, não estranhou, então ele ficou. E disse ainda: "O meu marido disse que ele vai mudar".

Então questionei como, em que sentido ele iria mudar. Ela respondeu que seria em todos os sentidos. Ele ficaria mais em casa nos finais de semana e durante a semana viria mais seguido. Ela falou ainda que ele não bebia muito, mas gosta de jogar, tocar violão e então esquece da hora e chega em casa muito tarde. Ela afirmou que a bebida e o jogo não prejudicam o relacionamento do casal, mas as brigas existiam devido ao horário de retorno para casa. Ela acreditava que ele iria mudar porque esta semana já foi diferente, hoje ele ficou em casa até há pouco.

Ricardo foi chamado duas vezes, quando chegou disse apenas que não sabia porque a esposa maltratava o filho e nem porque isto acontecia. Disse também que resolveu dar uma nova chance para a esposa porque ela prometeu que ia mudar. Ele não sentou, arrumou uma desculpa, disse que iria sair e voltava logo, mas não o fez.

Como a mãe abusiva estava mais calada neste en-

contro, eu observei que ela estava usando um anel novo e havia cortado o cabelo. Então eu elogiei para estimular a sua auto-estima e auto-imagem, mas o que dificultava o nosso diálogo era também a constante preocupação da mãe com os carros na rua e a volta do marido, ela olhava o tempo todo para a janela. Outro motivo foi o Jorge que acordou, chorou e estava com fome, nós conversamos novamente sobre a amamentação, diz ela que está oferecendo a mama mais freqüentemente. Vicente e Marcelo também chamavam e brigavam de vez em quando, fazendo com que a nossa conversa fosse interrompida seguidamente.

Perguntei como estava a mãe dela e como era o relacionamento dela com o pai e a mãe. Então ela contou que eles já se separaram outras vezes, estavam sempre se separando e voltando a viver juntos. Quanto ao relacionamento com o pai agora estava tudo bem. Ele era aposentado e a ajudava a cuidar das crianças, quando ela precisava sair. Mas logo que ela fugiu de casa, o pai ficou um ano brabo com ela. Contou ainda que fugiu porque o pai proibiu o namoro do casal (Sônia e Ricardo), por causa de "fofoca" que fizeram ao pai, dizendo que Ricardo era "vagabundo, maconheiro e namorador". Mas eles continuaram se encontrando escondido e depois fugiram para se casar. Disse que o pai dela é do "tipo antigo, autoritário e machão".

Questionei sobre a religião de Sônia, pois sabia que os pais freqüentam religiões diferentes. Ela disse que era católica, mas não freqüentava a igreja por causa das 3 (três) crianças pequenas, e antes disso também não freqüentava muito. Ela batizou os dois filhos maiores, o Jorge só iria ser batizado no próximo mês, porque gostava de batizar mais tarde e ainda precisava fazer o curso. Seu casamento foi apenas no civil, no religioso não o fizeram porque estava grávida do

Vicente e logo ganhou a criança.

Eles estavam morando naquela casa há um ano apenas. Ela gostava da casa mas considerava a madrasta do marido muito "fofoqueira" e com isto dificultando o relacionamento e a liberdade deles, pois ela ouvia tudo o que acontecia na casa. Contou "histórias inventadas" pela madrasta do marido e disse que o relacionamento entre eles era bom, porque moram muito próximos e não dava para ficar brigando o tempo todo.

Como já estava muito tarde e Ricardo não voltava, resolvi ir embora, deixando recado de que gostaria muito de conversar com ele também. Brinquei, conversei e aconselhei as crianças a brincarem sem brigar. Sônia disse ainda que estava vendendo roupa para fora e que gostaria de saber quando eu voltaria. Eu tentei deixá-la mais tranqüila, dizendo que se eu não a encontrasse em casa não haveria problema, eu voltaria outro dia.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram desenvolvidos os seguintes itens do plano de ação, 1,4,5,6 e 10.

2) Foram desenvolvidos parcialmente os itens 3 e 7. O marido da mãe abusiva ficou muito pouco tempo em casa, não sendo possível observar a comunicação entre o casal e a sua interação. Quanto ao relacionamento da família com a sociedade, será necessário que haja contatos com a sociedade também, e não somente informações da família.

3) Não foram desenvolvidos os seguintes itens do plano de ação, 2,8 e 9. Porque o marido não permaneceu em casa. Sobre a alimentação das crianças, não houve oportunidade para abordar o assunto.

4) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes

intervenções: a) Estimulando a auto-estima e a auto-imagem da mãe abusiva. "Papel de enfermeira psicoterapeuta";

b) Intervindo em brigas entre as crianças, dando carinho e atenção. "Papel de mãe-substituta".

Diagnóstico Provisório de Enfermagem

Quanto à interação familiar percebi que estava havendo maior comunicação entre o casal, mas a interação extra-familiar continuava sendo conflituosa. Mas os dados colhidos não modificavam o diagnóstico nem o grau de dependência da família em relação à assistência de enfermagem.

Avaliação

Fiquei decepcionada por não ter conseguido falar com Ricardo, isto até me desestimulou. Acho que era porque eu não pensava na possibilidade de ser rejeitada por outras pessoas que não fossem o membro agressor, como isto não aconteceu fiquei despreocupada em relação às outras pessoas. Achei que ele tinha consciência da forma incorreta como se comportava e por isso teve receio de conversar comigo. Estava preocupada por não conseguir esclarecer ao casal que este trabalho seria utilizado como minha dissertação. Precisava colocar isto o mais rápido possível, mesmo que eu não conseguisse falar com os dois juntos.

Fiquei surpresa com o fato do Marcelo ter vindo para passear na 6ª feira, eu havia solicitado para que fizessem isto no sábado. Por que resolveram vir antes, quais os motivos desta atitude? Às vezes penso que os familiares tomam algumas atitudes, por medo que a CEPAM retire o Marcelo da guarda da família, percebi que eles conversaram sobre isto e então resolveram tomar decisões.

Achei muito bom o casal ter conversado seriamente e decidido trazer o Marcelo de volta para casa. Ela disse que o marido prometeu que vai mudar seu comportamento. Será que isto vai acontecer mesmo? Do mesmo modo, ele disse que estava dando uma oportunidade para esposa e que ela prometeu mudar. Será que isto iria acontecer também? Eu acreditava que sim e seriam estas coisas que deveriam ser trabalhadas com o casal também. Ao mesmo tempo, era isto que me dava força, esperança e vontade de continuar este trabalho.

Ficou esclarecido que a fuga da casa dos pais, realizada por Sônia, foi devido ao impedimento do namoro dos dois. Ela fugiu para morar com o Ricardo, casou grávida e teve três filhos com intervalos muito pequenos. Ela era jovem, bonita, cheia de vida e teve as crianças numa fase que exigia bastante atenção. Não teve auxílio do marido na criação dos filhos. Segundo informações, ele não deixava faltar dinheiro em casa, mas eu acreditava que não era só isto que ele não podia deixar faltar. A participação do pai era e é importante na interação familiar.

A volta de Marcelo era muito importante para o desenvolvimento dele, pois agora ele estava na família, brincando com o irmão, brigando com ele também, mas isto acontecia em todas as famílias. Ele estava chamando a sua mãe de tia, e Sônia o corrigia o tempo todo, mas isto era feito com carinho.

Segundo informações da mãe abusiva, "fofocas" aconteceram para impedir o namoro dela, e isto fez com que a interação ficasse conflituosa. Outras "fofocas" existiram há pouco tempo e ainda aconteciam, com a finalidade de dificultar a vida do casal, e, conseqüentemente, dificultando a interação familiar e extra-familiar. Eu me perguntava: "Como impedir que

as fofocas existam? Como trabalhar em relação a isto?". Achei que deveria tentar mostrar a importância e as vantagens de uma interação de aproximação entre todos.

Naquele momento eu questionava mais intensamente as vantagens e desvantagens de fazer este trabalho estando ligado ao CEPAM, que é considerado um órgão com poder e autoridade punitiva sobre a família. Achava que ele auxiliava no cadastramento destas famílias, assim como clareava aos pais sobre as conseqüências que poderiam acarretar em seus filhos o seu comportamento abusivo. Mas quando observava a tomada de decisões da família, encontrava uma desvantagem, porque as decisões poderiam ser tomadas por se sentirem pressionados e não porque realmente gostariam de fazê-la. Como seria se não existisse a influência do CEPAM?

Resolvi ficar um tempo sem visitar a família por vários motivos: não queria que a família se sentisse vigiada agora que a criança maltratada tinha retornado ao lar. Eu ainda tinha aulas no curso de mestrado e tinha tido problemas de saúde. Necessitava de repouso. E finalmente porque acreditava que visitas muito freqüentes deixavam a família sem liberdade para agir. Eu achava que se a família estivesse solicitando as visitas, seria diferente.

A interação enfermeira/família estava se fortalecendo, tendo a mãe abusiva comentado coisas bastante íntimas sobre a sua vida. Mas continuava difícil o contato com o pai, que parecia estar fugindo dos encontros.

Como o diagnóstico necessitava de maiores dados para a sua definição e como a variação era pequena, resolvi apenas acrescentar os dados novos e não defini-los em cada visita. Ele era importante para realizar o plano de ação mas não mudava freqüentemente. Quanto ao grau de dependência da

família em relação à assistência, talvez ele dependa muito mais do tipo de maltrato realizado pela família.

Fui ao CEPAM para colocá-las a par do trabalho que desenvolvo e para convidá-las para o congresso mineiro sobre maltrato e negligência na infância. Disse-lhes que gostaria que elas participassem para melhorar ainda mais o trabalho que desenvolvem. Recebi estímulo para continuar o meu trabalho, assim como, para participar do congresso, mas estava difícil a possibilidade delas participarem.

Plano de Ação para a Visita de 10/05/89

1) Continuar fortalecendo a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".

2) Tentar um novo encontro com o pai da família maltratante. "Papel de técnica".

3) Observar e investigar como está o relacionamento mãe/filho. "Papel de técnica".

4) Informar e receber o consentimento da família para utilizar este trabalho como minha dissertação. "Papel de técnica".

5) Continuar a estimular a amamentação e abordar sobre a alimentação das crianças. "Papel de técnica".

6) Continuar o levantamento dos dados. "Papel de técnica".

Neste dia a família não estava em casa, então conversei com outros familiares. A madrasta do marido de Sônia contou que talvez ela tenha saído para vender roupa. Ela tinha duas meninas gêmeas de 1 anos e 5 meses, brinquei com elas, mas como são tímidas a mãe insistia para que elas respondessem. D. Carmem quis saber quem eu era, então me identifiquei e perguntei se ela era esposa do Sr. João, ela respondeu: "Sou

amaziada, nós não casamo e tenho estas meninas, já tamo junto há 4 anos. Ele saiu, é muito doente, está com câncer". Eu perguntei onde ele tinha câncer e ela respondeu: "Nas partes, ele pegou de coceira". Foi assim que ela contou o problema de saúde do marido, contando maiores detalhes sobre a doença e o tipo de tratamento que estava sendo realizado. D. Carmem é uma pessoa jovem, falou bastante, não havendo necessidade de fazer muitas perguntas. Ela aceitou bem algumas orientações sobre cuidados com a saúde do seu marido e como ela poderia utilizar as instituições de saúde, quando fosse necessário. Ela também reclamou dos vizinhos, pois precisou deles para cuidarem das meninas quando o marido esteve no hospital e os vizinhos roubaram e não cuidaram bem das meninas. Ela falava com as crianças com se elas fossem meninos, às vezes ela corrigia, mas a maioria das vezes usava palavras no masculino.

Falei que iria embora, ela convidou-me para tomar café, agradei e disse que voltaria outro dia. Ela insistiu para que eu voltasse para conversar.

Quando estava indo embora, encontrei o Marcelo, brinquei com ele. Então uma Sra. perguntou-me se estava procurando por Sônia e eu respondi que sim. Ela explicou que Sônia havia saído para vender roupa, levou o Vicente e deixou com ela o Marcelo e o Jorge. Perguntei: "Quando Sônia sai ela deixa as crianças com a Sra.?" Ela respondeu: "É, não dá para negá, ela sai pra trabalhá, e depois ela me dá bastante coisa. Sempre me ajuda e eu sei reconhece estas coisas". E Sônia sempre leva o Vicente? Ela respondeu: "Sim, ele é os dodói dela, ela diz que é o caçulinha dela, ela adora aquele filho e do Jorge ela também gosta. Pois é, eu não sei o que é isto, eu tenho 6 (seis) filhos e não é assim. Não tem diferença, eu

gosto de todos do mesmo jeito. Quando a Sônia chegar eu digo pra ela que a Sra. teve aqui".

Então me despedi de todos, com abraços e beijos nas crianças e fui embora pensando no que havia acontecido.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foi desenvolvido apenas o item 6 do plano de ação.

2) Não foram desenvolvidos os itens 1,2,3,4 e 5 do plano de ação, porque a família maltratante não foi encontrada.

3) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções: a) Orientando sobre os cuidados de saúde. "Papel de técnica";

b) Orientando sobre as formas de utilizar as instituições de saúde. "Papel de gerente".

Diagnóstico Provisório de Enfermagem

Permanece inalterado porque os dados novos encontrados não alteram o diagnóstico e o grau de dependência anteriormente definidos.

Avaliação

Como não encontrei a família em casa, tive oportunidade de falar com outras pessoas, o que, segundo o marco conceitual, significa ver como a família se insere no seu ambiente. Às vezes pensava que estava perdendo tempo e deveria aprofundar mais a conversa com estas pessoas. Por outro lado, tinha receio de aprofundar sobre o assunto e ser mal interpretada, assim como, não estar interagindo com estas pessoas

primeiro para depois questionar mais coisas. Acreditava que este procedimento estava correto, porque após haver uma boa interação entre as pessoas, existia mais sinceridade e maior compromisso em relação às informações que estavam sendo passadas, devido à existência de laços mais fortes entre as pessoas.

Novamente encontrei denúncias da preferência da mãe abusiva pelos seus filhos Vicente e Jorge, sendo mais forte com o mais velho. Os vizinhos realmente conheciam o problema de Sônia com o Marcelo e questionavam o porquê da existência deste problema.

Observei que no ambiente no qual a família se insere, existiam pessoas que auxiliavam quando necessário e que esta relação era de troca de favores. O primeiro contato enfermeiro e pessoas do ambiente externo da família foi muito bom e as pessoas facilitaram a interação e a coleta de dados.

Plano de Ação para a Visita de 16/05/89

- 1) Continuar a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".
- 2) Tentar um novo encontro com o pai da criança maltratada. "Papel de técnica".
- 3) Observar e investigar como está o relacionamento entre mãe abusiva/criança maltratada. "Papel de técnica".
- 4) Informar e receber o consentimento da família para utilizar este trabalho na minha dissertação. "Papel de técnica".
- 5) Continuar a estimulação da amamentação e abordar sobre a alimentação das crianças. "Papel de técnica".
- 6) Continuar o levantamento dos dados. "Papel de técnica".

Em frente à casa da família encontrei Vicente e Marcelo brincando. Enquanto conversava com eles, chegou uma mulher, irmã de Ricardo, que foi chamada porque seu pai estava doente. Segundo ela, o pai devia ter ficado preocupado porque ontem morreu um amigo dele que possuía a mesma doença. Falou também que Sônia e Ricardo também estavam doentes, e por este motivo tinha vindo para ver o que poderia fazer, mas que também tinha compromissos e não teria como cuidar das crianças. Então convidei-a para vermos o Sr. João. O farmacêutico havia verificado a sua pressão, e, segundo ele, estava boa, mas não sabiam os valores da pressão arterial. Verifiquei a medicação que ele estava usando e então expliquei a importância de usá-la corretamente, pois a tontura que sentia podia ser da medicação. Conversamos sobre a tontura, expliquei e demonstrei maneiras de levantar da cama, para que isto não acontecesse, e reforcei a importância do repouso e da alimentação diária. Fiz isto porque era de manhã e é normal que aconteça tontura quando se acorda e sai da cama muito rapidamente, assim como era uma maneira de tranquilizá-lo, pois realmente estava preocupado com a morte do amigo.

Depois disso fui até a casa de Sônia, em frente à porta da cozinha, havia montinhos de "cocô" que as crianças fizeram. O Sr. João e sua filha vieram comigo para ver como estavam Sônia e Ricardo. A casa estava uma bagunça, louça na pia, fogão sujo, brinquedos para todos os lados. Fora havia roupa no varal, roupa de molho e roupa suja no tanque. Chamamos Sônia e ela veio do quarto com a roupa toda amassada, com expressão de dor e características de temperatura alta. Ricardo ficou na cama. Segundo Sônia, estava tossindo e com o problema de pulmão que sempre teve. Ela queixava-se de dor no flanco direito, dor no corpo todo e disse que passou a

noite com febre, e que o marido colocava pano gelado na testa para diminuir a temperatura. Ela tentou consultar no dia anterior, mas como não conseguia ficha, acabou usando a que a D. Maria iria usar para consultar. Mas o médico mandou-a para o hospital e disse que devia ser uma infecção grande na trompa e ovário ou apendicite. Ela consultou com um clínico geral no hospital, o qual receitou remédio e mandou-a para casa. À noite ela piorou, mas acontece que ela não tinha comprado o antibiótico que o médico receitou e o analgésico havia acabado.

O Sr. João estava irritado e falou que esta dor ela tinha desde o dia que casou. Ela precisava fazer a cirurgia, mas não fazia isto nunca e o Ricardo era um teimoso. Sabia que precisava se cuidar mas não se cuidava. A filha de João concordava com o pai e o ajudava quando ele reclamava que as crianças precisavam aprender a fazer "cocô" no banheiro.

Quando o irmão de Sônia chegou, ele foi mandado até em casa para chamar a sua mãe, D. Maria, para que ela ficasse com as crianças e Sônia pudesse ir se consultar. Ela chegou assustada, irritada porque Sônia não havia resolvido o seu problema, mesmo usando a consulta que ela tinha conseguido, e preocupada porque precisava de repouso e teria que ficar com as crianças da filha. Ela disse: "Eu fico, tenho que ficá, que posso fazê, alguém tem que cuidá destas crianças. Eu preciso de repouso, o médico mandou ficá com a perna levantada por causa da ferida e das varizes, isto é sério, mas o que eu posso fazê. Você vai pagá consulta hoje?". Sônia respondeu que sim, e D. Maria reclamou dos médicos que só atendem bem quando se estava pagando consulta, e que a cirurgia de Sônia era devido a cistos no ovário, bexiga caída e útero virado.

Deveria tirar as trompas para não ter filho, e que segundo ela, deveria ser feita logo.

Eles conversaram sobre o que poderia ser feito para resolver os problemas, como as decisões eram inviáveis devido ao horário (era meio dia), fiz algumas sugestões. Sugeri que telefonassem para marcar a consulta, pois assim não ficariam esperando muito tempo e mesmo porque neste horário era difícil conseguir uma consulta, mesmo sendo particular. Que telefonassem para D. Joana, perguntando se ela poderia ficar com o Marcelo mais alguns dias. Com isto, teriam mais condições de resolver os problemas e que eu estava disposta a ajudá-los no que fosse necessário. Eles aceitaram as propostas, e decidiram que por enquanto as crianças ficariam com D. Maria. A irmã de Ricardo iria fazer os telefonemas e à tarde ajudaria D. Maria para levar Sônia ao médico. Depois D. Maria levaria o Marcelo até a casa de Joana.

Como eles não aceitaram a minha ajuda eu fui embora, dizendo que voltaria no dia seguinte para ver como eles estavam.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram desenvolvidos os seguintes itens do plano de ação, 1 e 6.

2) Não foram desenvolvidos os itens 2,3,4 e 5 do plano de ação, porque existiam problemas mais urgentes para serem resolvidos naquele momento.

3) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções: a) Orientando sobre cuidados de saúde. "Papel de técnica";

b) Orientando sobre a utilização das instituições de saúde. "Papel de gerente".

Diagnóstico Provisório de Enfermagem

Existe uma influência muito grande dos familiares na vida da família, a tomada de decisão em casos de doença não é feita pelo casal.

Avaliação

O Sr. João estava realmente preocupado com a morte do amigo, pois sabia que isto um dia iria acontecer com ele também. Ele estava bastante nervoso e preocupado com a nora e o filho que não tomavam atitudes para resolver velhos problemas de saúde. E esta preocupação também fazia parte da vida de D. Maria, ao dizer que eles não tomavam decisões próprias e sozinhos. Ela deixou isto bem claro quando falou: "Para fazer os filhos eles não perguntaram nada, mas quando aparece os pepinos é eu que tenho que resolver e cuidar dos filhos deles". Eu acredito que eles estavam com razão porque Sônia ficava calada e Ricardo não levantou da cama para auxiliar na tomada de decisão.

Talvez Ricardo não estivesse tão mal de saúde, porque teve um momento que ele pediu para Vicente ir buscar cigarro para ele e depois ligou a televisão e ficou no quarto sem opinar em nada.

O pai de Sônia, Sr. Antônio, também foi chamado, mas como não estava em casa, a D. Maria tentou resolver os problemas. Porém, na opinião dela, ele deveria ajudar, porque era pai e nesta hora também deve participar. Isto me pareceu mais um recado pela não participação de Ricardo nas decisões.

D. Maria estava preocupada também com o almoço que precisava fazer em casa, principalmente para o filho que estava trabalhando e o outro que precisava ir para a escola. E preocupou-se também com o almoço dos filhos da Sônia, por

isso resolveu levar as crianças e fazer o almoço na casa dela.

Observou-se também a preocupação com a punição do CEPAM, pois houve um momento que D. Maria falou assim: " Eu vim correndo pra cá e preocupada porque meu filho disse que eu tinha que vir correndo, que a casa tava cheia de gente e a moça do FÓRUM tava lá. Eu perguntei se ela tinha vindo buscar o Marcelo e ele não sabia dizer". Expliquei para ela que era confusão e que dissemos para ele que precisávamos de ajuda para poder levar a Sônia para consultar. Então ela acrescentou: "Esse menino é meio doido, não sabe nem dar recado, eu saí correndo e quase deixei o fogão ligado e a porta aberta por causa dele". Ficou bem clara a preocupação com a perda do pátrio poder, mas não ficou tão claro se estavam existindo motivos para que isto acontecesse.

Foi muito difícil para mim, ficar observando como a família reage em momentos que era necessário uma tomada de decisão, principalmente por ser um motivo de saúde. Mas acreditava que foi muito bom para perceber como funcionavam nestes momentos. Sônia não opinava quase nada, parecia sentir-se culpada por estar doente e por ter filhos e as pessoas a culpavam verbalmente sobre isto. Ricardo nem quis se envolver, parecia que aquelas pessoas eram estranhas para ele, como ninguém se preocupou ou sugeriu que ele também fosse ao médico, acho que a reação normal dele era esta, ou seja, não envolvimento. A irmã de Ricardo ficou o tempo todo ali, mas não podia ficar com os filhos do irmão. E, como D. Maria mesmo disse, era ela que tomava decisões e que cuidava das crianças quando necessário, até mesmo quando ela necessitava de assistência. Eu interfeiri apenas quando percebi que os planos não teriam resolução. Apesar de ter me colocado à disposição, a família num primeiro momento fez planos onde eu estava

incluída, mas depois não queriam me incomodar dizendo que eu poderia ficar tranqüila e que não era necessário eu ajudar.

Plano de Ação para a Visita de 17/05/89

1) Continuar a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".

2) Verificar quem auxilia a família maltratante nos momentos de necessidade. "Papel de técnica".

3) Investigar sobre o estado de saúde da mãe abusiva e demais pessoas. "Papel de técnica".

4) Verificar quem está cuidando das crianças e como é este cuidado. "Papel de técnica".

Nesta visita encontrei a seguinte situação: Sônia ficou hospitalizada, com suspeita de infecção urinária. Continuava com hipertermia. Ricardo estava melhor, iria levar Vicente junto com ele para a cidade onde trabalhava. D. Maria ficaria com Jorge e estava agora na casa de Sônia arrumando roupas para as crianças. Ela iria levar o Marcelo para a casa de Joana.

Eu estava conversando com o Sr. João, e foi ele quem passou estas informações. Quando perguntei sobre a saúde dele, ele respondeu: "Hoje estou muito bem, fiz o que você disse e ajudou bastante". Então ele começou a reclamar da má educação que estavam dando para o Vicente, ele não aceitava que os pais deixassem o menino fazer o que quer. Acreditava que criança deveria ser educada e que umas "varadas" ou "chineladas" não fazem mal nenhum, o que não podia ser feito era bater com pau ou jogar a criança na parede. Enquanto isto chegou a D. Maria e ela concordou com isto, porque até na Bíblia estava escrito que era necessário bater para educar as crianças. Ela também achava que Ricardo e Sônia não estavam educando corretamente

Vicente, porque ele só fazia o que queria.

Como Ricardo estava tomando banho, o Sr. João chamou-o para conversar. O Sr. João estava preocupado com a ida do Vicente com o pai e quis saber quem iria cuidar da criança. Ricardo explicou que lá ele não incomodava e a irmã dele que morava lá iria dar uma olhadinha, tentando acalmar o Sr. João.

D. Maria falou que precisava ir embora porque iria levar o Marcelo na casa de Joana, eu me ofereci para fazer isto. Imediatamente ela aceitou e argumentou: "É bom porque estou com pouco dinheiro, preciso comprá leite pro Jorge. Na bicicleta eu não quero levar ele porque tenho medo dele cair, dinheiro pro circular eu não tenho, e eu não posso caminhar tanto, já fui no hospital agora e de tarde vou levar o Jorge para mamar de novo". Assim ficou mais fácil para D. Maria e eu teria um tempo para ficar sozinha com Marcelo.

Então eu vesti o Marcelo, peguei a roupa para levar junto e fiz com que ele desse um beijo e dissesse "tchau" para as pessoas.

Perguntei qual era o quarto que a Sônia estava no hospital e disse que iria à tarde fazer uma visita. Quando eu saí, D. Maria veio junto comigo e comentou que Ricardo não estava doente, se estivesse iria se cuidar, ele saiu do banheiro sem camisa. E disse mais: "Um cara que quer trabalhar sai de casa a esta hora? Não, sai bem cedinho, ontem ele já não foi, não tem dinheiro, não faz nada e não diz nada". Ela comentou também que achava que Sônia não soube escolher o marido apesar do estudo que teve, a outra filha com menos estudo foi mais esperta. Escolheu um marido melhor e estava se cuidando para não ter filho enquanto não arrumava direitinho a casa. Sônia além de não saber escolher marido ainda

tinha 3 (três) filhos seguidos, ela era uma "teimososa". Ela argumentou ainda, que era sempre assim quando existia problemas, eles não faziam nada e não diziam nada. Quando chegamos ao ponto de ônibus ela se despediu e agradeceu muito pelo que eu estava fazendo por ela e convidou-me para ir na sua casa.

Para mim foi muito bom ficar sozinha com o Marcelo, ele estava feliz por estar passeando de ônibus e falava o tempo todo: "iá, cao; iã, oto; iá cleta, iá hão". Ele me chamava (tia) e mostrava o carro, a moto, a bicicleta ou o caminhão, eu tentei mostrar outras coisas como a igreja, as crianças e ele dizia: "pála, iá o cao". Ele não queria ver outras coisas, realmente ele gostava muito de automóveis. Andamos em dois ônibus para chegar na casa da tia Joana e ele estava feliz, comeu uma maçã todinha e no final estava quase dormindo. Quando chegamos na casa de Joana foi a maior festa, pois as crianças estavam esperando-o. Mas ele ficou tímido, se encolheu e não quis sair do meu colo. Quando a menina veio com uma bola ele resolveu sair do colo e ir brincar. Eu conversei um pouco com a família e fiquei sabendo que ela tinha ido à noite de carro na casa do pai. Fiquei surpresa porque ela não foi pegar o Marcelo já que era tão perto.

Eu perguntei à Joana como foi aquele dia que ela levou o Marcelo até a casa dos pais e ela respondeu "Eu fui lá para dizer ao Ricardo que tu queria falar com ele, porque ele não faz nada, não decide nada, então eu queria que ele ficasse em casa para falar contigo". Eu contei que ele não ficou em casa, então ela disse que achava que Ricardo tinha medo de perder a criança. Falou também que Sônia tratou bem o Marcelo, logo pegou no colo, beijou, abraçou e foi mostrar brinquedos para ele.

Como já estava na hora do almoço, eu me despedi e

vim embora, apesar de ter sido convidada para almoçar e o "cheirinho" da comida estar ótimo.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram desenvolvidos todos os itens do plano de ação (1,2,3 e 4).

2) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções: a) Estimulando o desenvolvimento da criança maltratada. "Papel de mãe-substituta";

b) Auxiliando na resolução de problemas da família. "Papel de gerente".

Avaliação

Os avós deixaram bem claro que bater com chinelo ou vara era uma maneira de educar e deveria ser utilizada, e até a Bíblia dizia ser isto correto para educar. Maltrato para eles era bater com força e com outro tipo de instrumento. Eles não aceitavam a maneira como os pais estavam educando as crianças, assim como a não participação de Ricardo. O avô paterno de Marcelo contou que a esposa dele foi quem educou os 13 (treze) filhos dele, mas como a Sônia não fazia isto, quem deveria fazer era o Ricardo.

Foi interessante, ontem D. Maria ficou com medo que eu tivesse vindo buscar o Marcelo e hoje ela me deixou levar o menino sem medo que eu pudesse fazer outra coisa senão levar o menino até a casa de Joana.

Todas as acusações feitas contra Ricardo estavam se confirmando. Ele era uma pessoa muito omissa com relação aos problemas e negligente com sua saúde. Era uma pessoa que precisava ser trabalhada para que melhorasse a interação familiar e extra-familiar.

A felicidade do Marcelo em estar passeando era incrível, ele parecia outra criança, falava o tempo todo, sorria e chamava para eu ver os automóveis. O desinteresse dele em ver outras coisas, talvez se deva à falta de estímulo para isto. Eu poderia ter avaliado as conseqüências do maltrato, utilizando o instrumento de coleta de dados item nº 8, mas foi impossível realizá-lo por causa da idade da criança. Devido a esta dificuldade de diálogo com a criança, decidi que deveria utilizar gráficos de desenvolvimento neuropsicomotor, para obter condições de avaliá-lo melhor ou, encontrar outras formas para fazer isto.

A família e familiares, começaram a confiar na enfermeira e com isto se podia dizer que a interação estava melhorando.

Observações

À tarde fui até o hospital visitar a Sônia, ela estava dormindo e eu fui até o posto de enfermagem pedir informações sobre o seu estado de saúde. Ela continuava com hipertermia, estava sendo medicada com analgésico e antibiótico através da fluidoterapia. Os exames de sangue e urina estavam alterados mas não havia diagnóstico definido. Foram solicitados raio X e uma avaliação ginecológica, existia suspeita de peritonite pélvica.

Fui até o quarto novamente, ela continuava dormindo, chamei mas ela não acordou. Esperei mais uma hora. Como ela não acordava e fui informada que ela tivera muita dor e não dormira à noite, resolvi desistir e voltar amanhã novamente.

No dia seguinte (18/05/89), o encontro foi rápido devido a compromissos pessoais que eu havia assumido. O único objetivo deste encontro era saber como Sônia estava e se havia

um diagnóstico concreto. Sônia estava bem, a febre tinha baixado mas ainda sentia muita dor, percebia-se pela expressão facial principalmente quando se movimentava no leito. Os médicos ainda não sabiam o diagnóstico e existia um pedido de exame (cultura de urina) para ser realizado. Ela contou que a menstruação começou, mas foi porque esqueceu o anticoncepcional em casa, ela avisou à mãe para trazê-lo. Disse que as crianças estavam bem, mas o Jorge não estava querendo mamar, talvez ele estivesse estranhando o ambiente hospitalar. Comentei sobre a reação do Marcelo quando levei-o até a casa de Joana, ela sorriu e disse que ele era assim mesmo, adorava passear, ainda mais quando era de carro ou ônibus. Ela fez alguns comentários sobre o que acontecia na enfermaria e sobre o dia anterior. Ela soube da minha visita e desculpou-se, mas ficara dormindo até as 5 horas da tarde.

Depois disso eu fui embora prometendo voltar com mais tempo outra hora, ela aceitou e agradeceu.

Plano de Ação para a visita de 20/05/89

- 1) Continuar a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".
- 2) Estimular a amamentação. "Papel de técnica".
- 3) Informar e receber o consentimento da mãe abusiva para que este trabalho possa ser utilizado na minha dissertação também. "Papel de técnica".
- 4) Saber da saúde da mãe e dar apoio psicológico e técnico a ela. "Papel de técnica".

Era um sábado à tarde quando fui visitar Sônia no hospital, uma tarde de sol lindo. Ela falou que estava sentindo-se melhor mas com muita dor nas costas, e que quando ficava deitada a dor aliviava. Seu filho Jorge não queria

mamar, ficava olhando para todos os lados e não mamava, ela tinha tentado todas as posições possíveis mas não adiantava.

Após a cultura de urina realizada, o diagnóstico médico ficou confirmado que tratava-se de uma infecção urinária, a medicação foi modificada, cessando a febre, e foi retirada a fluidoterapia. Conversamos sobre os cuidados necessários e a importância do tratamento bem feito.

Questionei se seu marido tinha vindo visitá-la, mas ela afirmou que ele não apareceu nem telefonou. Ela acreditava que ele não a visitava porque deveria estar jogando baralho. Ela comentou que telefonou para um cunhada pedindo roupa e frutas, mas que era sempre assim, "eles só dizem que ajudam, na hora que você precisa todos têm compromissos". Disse também que esta cunhada vivia acusando-a de não fazer carinho em seus filhos, mas esta cunhada raramente foi vista dando um abraço, beijo ou conversando com os filhos dela. Sônia disse: "Acusar os outros é fácil, e fazer?".

Segundo Sônia, carinho é beijar, abraçar, brincar, conversar com as crianças, também é uns tapinhas, beliscões, afagá-los, ela gosta de ver os "beicinhos de choro", que eles fazem, então ela dá beijos e eles não choram. "E estas coisa eu até faço. Tu sabe que com o Marcelo não é bem assim, mas eu faço isto com todos".

Quando perguntei como ela estava se sentindo em relação ao Marcelo agora, ela respondeu assim: "Melhor, eu fazia estas coisas antes, mas tu já sabe, eu não sentia nada, por dentro eu me achava falsa, fazia por obrigação. Agora não, é claro que não é igual ao Vicente e Jorge, mas eu já me sinto melhor, eu até consigo gostar e achar graça do que ele faz e antes não era assim. Não é aquela coisa, mas eu gosto um pouco dele agora". Eu perguntei: "Isto é por que eu estou indo te

visitar?" Sônia respondeu: "Não, não é por obrigação, é uma coisa que tá acontecendo, e eu não tô mentindo. Contigo eu sou diferente, com as assistentes sociais eu nunca disse o que falei pra ti, se elas acham isto de mim é porque elas imaginam, mas nunca falei isto pra elas. Contigo foi a primeira vez que eu falei isto, eu achei que podia".

Eu estimulei a mãe a gostar deste filho porque era muito importante para os dois, se ela estava conseguindo mudar os seus sentimentos, o restante seria muito mais fácil. Que esta confiança e sinceridade que ela estava depositando em mim também era importante e me deixava muito feliz. Expliquei que este trabalho que estou realizando com ela eu gostaria de usar na minha dissertação de mestrado. Disse-lhe que no curso de mestrado, eu precisava fazer um trabalho escrito e tinha escolhido fazer o trabalho com família de criança maltratada, mas que para isto eu necessitava a permissão desta família. Inclusive eu gostaria de falar com o Ricardo sobre isto também, mas não estava conseguindo. Dei maiores detalhes sobre a dissertação, assim como, garantias do anonimato e a supressão de algumas informações que poderiam identificá-los. Ela concordou, eu reforcei que Ricardo também precisaria concordar, e para isto eu precisava conversar com ele.

Com isto, aproveitei para explorar a não participação de Ricardo no lar, na educação dos filhos e na tomada de decisões. Ela confirmou, ele não se manifestava, não decidia nada e não auxiliava no cuidado e educação dos filhos; que ela não considerava este comportamento dele correto, mas que não sabia o que fazer porque na família dele era assim, os homens não faziam e não devem fazer nada, se fizessem não seriam homens; que se eu falasse com ele seria bom porque ele sempre ouvia e pensava sobre o que os outros falavam; que para eu

encontrá-lo seria melhor visitá-los no final de semana ou à noite.

Eu reforcei a importância da participação do pai na família e no trabalho que estamos realizando. Então investiguei o que era família para ela, o que significava e o que era importante na família. A resposta foi incrível, para Sônia, os membros da família são: ela, Ricardo e as crianças, a família da mãe e a família do sogro, sendo todos uma coisa só. Mas a família não significava nada, porque estava tudo errado nela. Ela explicou que o pai e a mãe dela eram uma confusão, estavam juntos mas sempre brigando, então se separavam e depois voltavam a viver juntos da mesma maneira que antes. A família do marido, são muitas pessoas, "existia muita fofoca, muito papo e pouca ação". Por estas coisas, muita confusão e ninguém se entender é que a família não significava nada. Sônia gostaria que isto fosse modificado, porque influenciava na vida de todos e porque na família era importante que existissem "amor e compreensão".

Depois disso, investiguei o que significava maltrato e a resposta também foi surpreendente, pois significava "bater com força, jogar na parede, machucar mesmo; era também não dar carinho, não gostar e não dar atenção". O que ela fazia com o filho Marcelo, ela considerava maltrato mas negava que tinha batido com força ou jogado na parede. E explicou dizendo mais ou menos assim: "Eu já pensei em bater com bastante força, dava vontade de fazer isto, mas eu saía de casa e deixava ele berrando, porque se eu não sáísse eu acho que acabava fazendo mesmo. Eu pensei muitas vezes, mas não fiz. As pessoas até dizem que eu faço isto porque o Marcelo ficava aos berros, mas eu não fiz. Eu saía pra não fazer".

Ela explicou que isto acontecia porque era muito

nervosa, que pouca coisa que os outros faziam ou diziam, deixava-a magoada e nervosa, que a sua reação era "horrível", ela brigava e respondia mesmo. E disse: "Quando eu bato no Marcelo, eu não sinto nada, mas quando eu bato no Vicente não, dói em mim se eu tenho que bater nele".

Ela contou alguns fatos que aconteceram quando a sogra bateu no seu filho mais velho e a reação que ela teve. Disse que o filho era terrível mesmo, desde os 3 (três) meses ele fazia coisas que ela nunca tinha visto, e era por isso também que quando saía de casa, levava-o junto. Segundo Sônia, ele era malandro e não estava certo o que esta criança fazia. Nós conversamos bastante sobre a educação dos filhos, enfatizando a sua importância e como poderíamos agir com as crianças sem necessidade de batermos neles. Deixei claro que eu acredito que devemos nos cuidar com as brincadeiras que fazemos e exemplifiquei com a história dos tapinhas. O tapinha é usado como carinho e como punição, fica difícil para a criança entender quando é uma coisa e quando é outra. Se não usarmos o tapinha como carinho, na hora que ele estiver fazendo alguma coisa que não queremos, o tapinha resolve porque ele só é usado como punição. Mas se o usarmos como carinho também, aí ele não terá o efeito de punição e será necessário utilizarmos mais força. Portanto, existem algumas coisas que não deveríamos fazer em momentos de carinho. Ela concordou comigo e contou uma situação em que o Vicente estava fazendo "arte" e o marido deu um tapinha nele, a criança chorou, ficou bastante sentido, isto porque o marido não costumava dar tapinhas.

Investiguei como foi a educação que os pais lhe deram, então ela contou que a mãe dava algumas "chineladas leves", mas o pai batia com muita força, "claro que não era

com pau e nem pra matar, mas era com força". Acrescentou ainda que a sua educação foi à "moda antiga" e que tinha dúvidas se esta não era a maneira correta de educar, pois até na escola havia uma professora que dizia "que uma boa surra ia fazer com que eles fossem mais educados".

Não explorei mais sobre o assunto porque ela recebeu uma visita e percebi que eles gostariam de conversar. Como eu já havia colhido dados muito importantes durante este encontro, me despedi, desejei uma recuperação rápida de sua saúde e fui para casa muito satisfeita com estes dados, que foram registrados imediatamente.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram desenvolvidos todos os itens do plano de ação (1,2,3 e 4).

2) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções: a) Explorando sobre o relacionamento entre o casal, os conceitos do marco (Família, definição da situação de maltrato e Maltrato), a interação familiar e extra-familiar, assim como os sentimentos da mãe abusiva em relação aos filhos e a interação enfermeira/família. "Papel de técnica";

b) estimulando e orientando sobre: o tratamento que é necessário ; a amamentação; a mudança de comportamento da mãe abusiva e a educação dos filhos. "Papel de professora";

c) investigando uma forma para entrar em contato com o pai da criança maltratada. "Papel de Técnica".

Diagnóstico Provisório de Enfermagem

Confirmou-se que a "Interação Familiar" era de distanciamento, onde não havia a participação do pai no

cuidado e educação dos filhos assim como, na participação da tomada de decisões quando necessário. Pontuação 1 (um).

A "Interação Extra-familiar" oscilou entre uma interação de distanciamento e conflituosa. Pontuação 1 ou 2 (um ou dois).

A "Definição de situação" de maltrato pela família foi caracterizada como "reconhece parcialmente a sua agressividade" pois define o maltrato, reconhece a sua atitude, mas não conhece os motivos que a levam praticar o maltrato, assim como os meios de evitá-lo. Pontuação 1 (um).

Para a enfermagem, permanece a mesma definição da situação de maltrato pela família, ou seja, "reconhece parcialmente e sua agressividade". Pontuação 1 (um).

O grau de dependência da família em relação à assistência de enfermagem é "grau 2" (5 pontos), situação de risco para reincidência do maltrato, necessita da assistência de enfermagem.

Avaliação

Esta visita me deixou muito feliz. Acreditei ter sido um dos momentos mais importantes durante os contatos com esta família. Foi um encontro tranquilo, sem interrupções e sem a preocupação com as crianças como sempre houve até o momento.

Ficou bem claro que a interação enfermeira/família existia e era importante neste trabalho com a família maltrante. Ter deixado claro no primeiro encontro que a finalidade era de ajudar e não de punir, foi talvez a decisão mais importante no processo de interação enfermeira/família. E isto era muito importante, pois acreditava que a coleta dos dados era mais confiável quando existia esta interação.

Gostei muito dos conceitos de família e de definição da situação de maltrato. A mãe abusiva tinha consciência do que estava incorreto, da importância de modificar a realidade atual, mas não sabia como fazer para que isto acontecesse. As crenças e valores da mãe abusiva coincidiam com o marco conceitual por mim adotado, pois acreditava numa interação familiar e extra-familiar de aproximação e a assistência de enfermagem tinha como objetivo a promoção desta interação.

A mãe abusiva verbalizava claramente que o seu comportamento com o segundo filho era maltrato, mas apesar de ter sido denunciado que ela espancava esta criança (jogava na parede e batia por qualquer motivo), ela afirmou que não fazia isto e contou qual era a sua atitude nestes momentos. Ela disse claramente, que os seus sentimentos em relação a este filho estavam se modificando, e isto foi motivo de alegria e esperança para que se conseguisse reverter o quadro de maltrato existente. Isto me estimulou a continuar o trabalho e acreditei que o trabalho realizado pela estagiária do serviço social contribuiu para que isto acontecesse tão depressa. Motivei bastante esta mãe para que esta mudança fosse efetiva e a longo prazo.

Em relação ao comportamento do pai de Marcelo, ficou confirmado que ele era omissivo no seu papel de pai e marido, isto me levou a pensar que ele era um pai maltratador por omissão. E reforçava a importância da sua participação neste trabalho.

Após este encontro com a mãe abusiva, fui até o CEPAM para comunicar os acontecimentos sobre a assistência. Em relação à dificuldade de conversar com o pai de Marcelo, a assistente social contou que ele também não compareceu quando foi chamado, e afirmou que ele era irresponsável e não

queria se expor para tentar resolver os problemas.

Quando relatei que a mãe abusiva estava confiando na minha pessoa e colaborando bastante para a realização do trabalho a assistente social disse: "Viu só a imaturidade, a carência afetiva desta mãe? Mesmo você indo com o nome do CEPAM, onde pode haver punição caso você considerasse que era o melhor, ela se apegou a ti, confiou em ti". Concordei com isto até um certo ponto, porque acreditei mesmo que ela confiava em mim devido à importância que dava para a interação enfermeira/família sem o caráter punitivo. É lógico que se houvesse necessidade a punição seria realizada, mas o objetivo maior era fazer com que a interação familiar e extra-familiar de aproximação entre eles existisse, assim como, a mudança do comportamento abusivo.

Plano de Ação para a Visita de 22/05/89

1) Fortalecer a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".

2) Dar apoio psicológico e técnico para a família. "Papel de técnica".

3) Continuar o levantamento dos dados. "Papel de técnica".

Fui até o hospital e Sônia já estava em casa, pois teve alta no domingo. Então fui até a sua residência. Chegando lá encontrei Carmem (madrasta de Ricardo) em frente à casa dela com suas meninas, conversamos rapidamente. Neste momento chegou o Marcelo, conversei com ele mas ele não respondia, enquanto eu fazia carinho, ele se encostava e ficava bem quietinho. Quando o Vicente chegou de bicicleta, Marcelo chamou-me para eu olhar. Brinquei com os dois e eles sorriam, gostavam da brincadeira. Então o Marcelo pediu água. Carmem

ofereceu água e ele bebia rapidamente, como se estivesse tomando mamadeira. Eu solicitei que bebesse mais devagar pois poderia se engasgar com aquela quantidade de água que engolia. Percebi que ele não sabia beber água no copo. Convidei-os para ir até a casa da mãe, mas eles não quiseram. Sônia estava na cozinha, a mesa estava cheia de roupa limpa e ela dobrando-as. Segundo ela, estava tentando colocar a casa em ordem.

Perguntei como ela estava, ela respondeu-me que estava melhor. E como você conseguiu vir embora ontem? Ela disse: "Eu pedi alta no sábado e no domingo, aí ele apertou na minha barriga e eu agüentei sem gemer, porque se disesse que tinha dor ele não deixava vir. Ele não quis acreditar porque disse que os remédios não faziam efeito tão rápido assim. Mas aí ele deixou eu vir no domingo". Conversamos sobre isto, depois ela justificou que estava preocupada porque segunda-feira não teria quem ficasse com as crianças e assim não teve problema porque já estava em casa. Conversamos sobre o seu tratamento, porque ela não comprou o antibiótico ontem e estava interrompendo-o. Mas o antibiótico já havia sido comprado, reforcei as orientações sobre os cuidados nestes casos.

Jorge acordou, Sônia foi buscá-lo. Ele era muito querido e esperto para a idade, mas não queria mamar no peito, "parece" que a amamentação acabou. Conversamos sobre a amamentação e sobre a quantidade de mamadeira que ela estava oferecendo, porque ele estava vomitando bastante. Então orientei sobre a quantidade de leite que devia ser oferecida e a importância da água fervida. Imediatamente ela foi até o fogão e colocou água para ferver.

Como percebi que ela estava abatida e fraca, solicitei que ela descansasse, não fizesse tanto trabalho e

resolvi ir até a casa da mãe dela, pois precisávamos conversar. Pedi o endereço para Sônia e saí.

Encontrei novamente com a D. Carmem e o Sr. João, então ele contou que o Vicente havia quebrado uma vidraça da vizinha hoje de manhã com uma pedra, mas que já tinha avisado o menino que se o encontrasse com pedra na mão novamente, ele iria "amassar" a sua mão. E disse: "Se eles não educam, eu vou educar. É muita coisa para um e nada para o outro, assim não dá". Ele também contou algumas coisas dos filhos dele, depois eu me despedi e saí.

Na casa de D. Maria não havia ninguém em casa e os vizinhos não sabiam informar se ela iria demorar. Então eu fui embora, mas gostaria muito de a ter encontrado.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram desenvolvidos os itens 1 e 2 do plano de ação.

2) Não foi feito levantamento de novos dados, porque a mãe abusiva necessitava de repouso e a sua mãe não se encontrava em casa.

3) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções: a) Dando carinho e atenção para as crianças. "Papel de mãe-substituta";

b) Ensinando as crianças. "Papel de mãe-substituta";

c) Orientando sobre amamentação, alimentação artificial e sobre o tratamento e cuidados com a infecção urinária. "Papel de professora";

d) Tentando conhecer melhor os familiares. "Papel de técnica".

Avaliação

Quando eu cheguei em casa e comecei a refletir porque eu havia saído da casa de Sônia, eu percebi o quanto eu estava irritada com o marido dela. Ele estava em casa, eu vi novamente os seus pés na cama, quando Sônia foi buscar o Jorge. A princípio tive vontade de pedir a ela para chamá-lo, mas desisti porque fiquei pensando que ele poderia não gostar de ser acordado, não ser cordial comigo e que eu poderia deixar para outro dia. Mas a verdade, é que eu estava muito triste em ver o seu comportamento. Era uma segunda-feira à tarde, a esposa estava doente e fazendo o serviço da casa, Jorge acordou, chorou e ele não atendeu, continuou dormindo tranqüilamente. Isto me deixou muito irritada e desta vez quem fugiu fui eu. Saí e fui até a casa da mãe dela. Precisava dominar este sentimento e falar com ele numa próxima oportunidade.

A que ponto chega a preocupação de uma mãe com seus filhos. Sônia mentiu que não tinha mais dores para poder vir para casa e cuidar dos filhos. E ela deixou bem claro que fez isto mais por Vicente, porque ele teria que ir novamente para a cidade que o pai trabalhava. Ficou claro que Vicente era o seu preferido.

Fiquei triste com o desmame precoce de Jorge, acreditava que ela não iria insistir para que ele voltasse a mamar, acho que cheguei tarde demais com a estimulação da amamentação, pois a mãe já estava usando a mamadeira quando começamos a nos encontrar.

Se eu soubesse que não encontraria D. Maria em casa eu teria ficado conversando com D. Carmem e o Sr. João. Acreditava que eles tinham muitas informações importantes que eu necessitava. Além disso, pretendia estimular a interação entre eles e reforçar mais coisas sobre a educação das

crianças, como e quem deveria realizá-las.

Plano de Ação para a Visita de 04/06/89

1) Fortalecer a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".

2) Conversar com o pai, saber como ele percebe a situação familiar. "Papel de técnica".

3) Obter o consentimento do pai para que eu possa utilizar este trabalho na minha dissertação. "Papel de técnica".

4) Verificar como a família está convivendo com a presença da criança maltratada. "Papel de técnica".

5) Tentar contactar novamente com a avó materna. "Papel de técnica".

6) Continuar o levantamento dos dados. "Papel de técnica".

7) Saber da saúde da mãe abusiva. "Papel de técnica".

Este encontro foi realizado num domingo à tarde, no intuito de encontrar o pai da criança maltratada em casa, mas novamente não foi possível, pois ele não estava em casa.

Chegando lá encontrei D. Carmem com as meninas em frente à casa, brinquei com elas e uma delas quis vir para o meu colo. Conversando com D. Carmem, esta contou-me que o Sr. João estava melhor, foi conversar com amigos, mas logo estaria de volta porque ele sentia muito frio. E disse: "Sônia está em casa, as crianças tão dormindo, o Ricardo levantou ao meio-dia, encheu a pança e foi pro bar, agora só volta de noite. Eu sempre digo pro João que o Ricardo também é culpado, ali não tem mais jeito, é os dois". Então ela contou detalhes, que o casal tinha ido ao baile na noite anterior, e que não

sabia com que dinheiro, porque na semana passada ele não tinha trabalhado, deveria ser o dinheiro que Sônia recebeu das roupas que vendia. Como Ricardo não trabalhava, ele ficava jogando até 2,3 ou 5 horas da manhã, chegava em casa e ela levantava para fazer o jantar para ele. D. Carmem reclamou que, não sabia mais onde colocar as crianças para dormir, porque no quarto não dava, Sônia gritava tanto com os meninos que elas acordavam, na cozinha também não dava porque os filhos da Sônia vinham brincar na frente de sua casa.

Então perguntei como Sônia estava tratando o Marcelo, e ela disse: "Sônia quer que ele fique o dia todo dentro de casa e dormindo dia e noite. Se ele não quer dormir, ela soca ele na cama. Grita o dia inteiro com as crianças".

Carmem começou a contar a história de sua vida, ela casou-se com um viúvo antes de casar com o Sr. João. Segundo ela, este viúvo mantinha relações sexuais com a filha desde que a menina tinha 4 (quatro) anos de idade. Mas Carmem só ficou sabendo depois que havia casado com este viúvo e este foi o motivo da separação. Contou todos os detalhes, inclusive que levou a menina ao médico porque ela estava com corrimento, o médico comprovou que ela "havia perdido a honra", mas a equipe de saúde (médico e enfermeira) não quiseram denunciar este caso. Ela acreditava que o ex-marido deveria morrer ou ficar preso, pois isto era um crime. Este fato aconteceu em outra cidade, onde ela residia na época.

Carmem contou também como foi a morte da sua mãe e enfatizou que acreditava que as pessoas morriam e voltavam para conversar com a gente, porque isto aconteceu com ela.

Depois, fui até a casa de Sônia, estava toda fechada e ninguém me atendeu. Achei que ela estava dormindo com as crianças. Então voltei à casa de D. Carmem que me ofereceu

café e bolinho. Eu aceitei, brinquei com as meninas e percebi que elas estavam com a cabeça bastante suja e não cheiravam bem. Carmem gostava de conversar, contava muitas histórias como: o casamento do irmão, o seu casamento com o Sr. João e sobre a doença dele, mas não acrescentou dados novos. Eu tentei dirigir a conversa várias vezes, mas ela fugia do assunto, falava baixinho e cuidava a janela para ver se alguém se aproximava da casa. Ela ficou em pé o tempo todo, mesmo havendo cadeiras na cozinha.

Quando houve oportunidade durante a conversa eu questioneei como era o relacionamento dela com a Sônia, e ela respondeu: "Tudo bem, eu até compro roupa que ela vende". E foi buscar as roupas para mostrar-me e logo começou com outras histórias, não deixando espaço para perguntas ou fugindo delas. E assim foi o tempo que estávamos juntas.

O Sr. João chegou e também teve a mesma reação, percebi que eles não queriam falar sobre o relacionamento deles com a família de Sônia. Conversamos bastante sobre a saúde do Sr. João, sobre as duas meninas, sobre a riqueza do Brasil, assim como a sucessão presidencial. Depois eu voltei à casa de Sônia.

Sônia atendeu-me, ela estava pálida, abatida e com olheiras profundas. As crianças estavam brincando, somente o Jorge continuava dormindo.

Vicente mostrou-me que o Marcelo estava com a camisa suja porque havia derramado café, assim como as marcas nas costas do Marcelo. Eram marcas de fio de arame, Vicente disse que ele se machucou enquanto eles brincavam, a mãe contou a mesma história. A princípio suspeitei de maus-tratos, mas as marcas e a história pareciam reais, foi enquanto brincavam.

Investiguei sobre o Ricardo, então soube que ele

havia saído e que seria mais fácil de encontrá-lo nos finais de semana, mas no período da manhã. Sônia disse que agora ele estava ficando mais tempo em casa, que agora era bem melhor do que era antes, e que existiam algumas coisas que gostaria de modificar, mas assim já estava bom.

Quanto ao seu relacionamento com o Marcelo, Sônia disse que agora já poderia dizer que gostava dele. Mas quanto aos motivos que a levavam a não gostar do filho, ela tinha dúvidas, às vezes acreditava ser por causa da infância dela, ou da gravidez do filho ou por causa do marido. Em relação à infância dela, ela não quis dar detalhes, quanto à gravidez do filho, diz que ela e o marido não queriam filhos tão seguidos um do outro, mas como já estava grávida eles resolveram assumi-la. Ela nunca pensou em interromper a gravidez, mas não gostou de saber que estava grávida, e se pudesse escolher teria apenas um filho, ao menos até ele ficar maior. Em relação ao marido ser o culpado, ela disse ter percebido que quanto mais o marido não lhe dava carinho, atenção e não ficava em casa, mais ela tinha vontade de maltratar a criança. Mas todos os motivos são duvidosos para ela, não havia certeza.

Sônia contou também que acreditava que seu marido não tinha outras mulheres, e acrescentou: "Se tem eu nunca vi. Às vezes o corno é o último a saber, mas eu nunca consegui ver". Contou que algumas vezes seguiu o marido, pois suspeitava de traição, mas nunca conseguiu prova concreta. Comentou sobre o baile de ontem, estava bom e havia sete pessoas na mesa com eles. Disse ainda, que o marido conversou com uma mulher enquanto ela foi ao banheiro, mas conversar não queria dizer que existia um "caso" entre eles.

Fomos interrompidos pelas crianças várias vezes,

porque brigavam, caíam, enfim a conversa cessava e muitas vezes foi desviada pela própria mãe. Quando aconteciam estas interrupções, eu tentava conversar com as crianças, auxiliava na resolução dos problemas, no intuito de demonstrar para a mãe como ela deveria reagir nestas situações, principalmente quando o procedimento dela era incorreto, mas não dizia isto para ela.

Investiguei sobre o trabalho que ela fazia, ou seja, vender roupa. Então ela trouxe algumas para eu ver, disse que recebia comissão pela venda, mas normalmente dinheiro não vinha para casa e sim roupa para toda a família. Falou também que gostava muito de trabalhar, se tivesse mais tempo poderia vender muito mais, que já deixou as crianças em creche, mas as responsáveis maltratavam-as, e eles não queriam ficar lá. Ela gostaria mesmo, era de ter um emprego fixo com um bom salário, mas o marido não queria que ela trabalhasse, e muito menos que ela continuasse seus estudos.

Sobre sua mãe, contou que D. Maria estava com emprego fixo e que agora era mais difícil de encontrá-la em casa, a cirurgia de varizes ela iria fazer somente nas férias.

Depois disso eu fui embora, porque estava ficando tarde para eu voltar para casa, e o seu marido não havia chegado ainda.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram desenvolvidos os seguintes itens do plano de ação, 1, 4, 5, 6 e 7.

2) Não foram desenvolvidos os itens 2 e 3, porque o pai da criança maltratada novamente não estava em casa.

3) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções: a) Auxiliando na educação das crianças e

demonstrando atitudes positivas. "Papel de mãe-substituta";

b) Levantando os motivos que levaram a mãe a praticar maus-tratos no seu filho. "Papel de técnica";

c) Verificando a interação familiar e extra-familiar através de contatos com outras pessoas que fazem parte do ambiente no qual a família está inserida. "Papel de técnica".

Diagnóstico Provisório de Enfermagem

Observou-se a importância da participação de todos os membros da família para a realização do trabalho e do diagnóstico.

Apesar dos novos dados serem conflitantes, eles não modificavam o diagnóstico.

Avaliação

Novamente não encontrei o pai de Marcelo em casa. Como eu já tentei encontrá-lo no sábado e domingo à tarde, a esposa sugeriu que eu tentasse no período da manhã. Provavelmente eu o encontraria dormindo, pois durante a semana isto já acontecia. Fatos como este, desanimavam a continuação da assistência.

Ficava confusa quando analisava os dados, pois a mãe abusiva admitia que gostava do seu segundo filho, mas a madrasta do marido contava que ela deixava a criança trancada o dia todo. Será que as duas pessoas estavam falando a verdade ou somente uma delas estava sendo sincera? Nestes momentos gostaria muito que a criança maltratada tivesse condições de dizer o que era realmente que acontecia com ela. A comunicação não-verbal da mãe abusiva era de tranquilidade, ela falava e olhava pra mim, mas a madrasta do marido ficava se cuidando

para que somente eu soubesse o que ela estava contando e ainda pedia sigilo. Era muito confuso realmente, mas acreditava que com o tempo teria uma resposta efetiva.

Os motivos que levavam esta mãe ao maltrato estavam ficando mais claros, e observava que a interação era um fator importante. Acreditei que deveria explorar melhor como tinha sido a infância desta mãe e como era o seu relacionamento com a família.

Percebia que as pessoas não contavam tudo e deixam explorar apenas aquilo que queriam falar. E eu acreditava que isto acontecia por medo de se comprometer demais, assim como auto-proteção para não deixar transparecer seus defeitos, erros, fraquezas, sentimentos, etc. Para trabalhar com este tipo de família, acreditava que o tempo e a paciência eram peças fundamentais.

A interação enfermeira/família ficou um pouco mais distante. Talvez o motivo para esta atitude da mãe abusiva seja porque eu fiquei afastada por um tempo maior da família, ou talvez pelo fato de estar conversando com outras pessoas. Percebia-se que visitas mais freqüentes auxiliavam na promoção da interação enfermeira/família.

A mãe abusiva admitia que gostava da criança maltratada e verbalizava também que havia mudança no comportamento do marido. Mas a madrasta do marido contou algumas situações que eram divergentes. Como não existia dados do marido sobre os fatos, tornou-se difícil fazer uma avaliação mais profunda.

Plano de Ação para a Visita de 12/06/89

1) Fortalecer a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".

2) Investigar a ocorrência de maus-tratos. "Papel de técnica".

3) Verificar se a mãe abusiva retornou ao médico. "Papel de técnica".

4) Continuar o levantamento dos dados. "Papel de técnica".

Nesta visita, o objetivo principal foi de fortalecer a interação enfermeira/família, por isso não pretendia levantar dados novos a menos que a situação fosse favorável.

Próximo à casa da família, encontrei o Vicente andando de bicicleta. D. Neusa, vizinha que outro dia cuidou das crianças para que a Sônia pudesse vender roupas, falou que por duas vezes os carros que passavam por ali quase atropelaram o Vicente. Se não fosse o filho de D. Neusa chamar e cuidar, isto teria acontecido. Então expliquei ao Vicente dos perigos de estar na rua e dos cuidados que deveria ter. Ele disse que entendeu e que iria se cuidar, mas que a bicicleta estava estragada. Nós fomos conversando sobre isto até a casa da mãe dele.

Chegando em frente a casa, encontrei Sônia apoiada na janela da casa de D. Carmem, conversando. Cumprimentei todos e fui até a casa de Sônia, pois ela convidou. Marcelo e Jorge estavam dormindo, a casa estava bem arrumada e limpa, havia muita roupa estendida no varal. Sônia comentou que não conseguia vencer o serviço da casa e a quantidade de roupa que tinha que lavar e passar. Eu elogiei, pois apesar de três crianças e trabalhar fora, estava tudo em ordem e limpo.

Questionei como estava a sua vida e ela respondeu que estava "melhorando". Parecia que tudo estava ficando normal. Eu gostei da resposta, então perguntei se ela havia retornado ao médico. Ela: "Não, ainda não". Enquanto falava,

ela sorriu e me olhou com expressão de "menina sapeca", que não estava fazendo o que deveria fazer. E continuou dizendo que deveria voltar ao médico também porque a menstruação não tinha vindo este mês e que ela mesmo assim começou a tomar o anticoncepcional, porque era dia para iniciar. E que fez isto, porque foi assim que ela engravidou às outras vezes, ou seja, a menstruação não veio, ela não começou com o anticoncepcional e então engravidava. Desta vez ela começou a tomar o comprimido porque não queria ficar grávida e, mais, o médico orientou que fizesse isto. Conversamos sobre isto reforçando a importância do retorno ao médico para novos exames.

Como estávamos conversando sobre a consulta, ela lembrou e trouxe uma caixa de sapato cheia de medicamentos (amostra grátis), que ela havia ganho de uma cunhada que trabalhava num consultório médico. Ela queria saber quando e como poderia usá-los, principalmente as pomadas, pois estava confusa. Orientei sobre a utilização de medicamentos sem a prescrição médica, sobre o prazo de validade e algumas pomadas que serviam como cicatrizante, analgésicos em contusões e torcicolo.

Por ser aquele o dia dos namorados, tentei estimular a interação familiar, perguntei: "Você sabe que dia é hoje?" Ela respondeu: "É dia dos namorados e falta um mês pro meu aniversário, como o tempo passa". Conversamos sobre a importância do reforço de carinho, atenção e um relacionamento gostoso entre o casal. Contou que agora o marido vinha para casa diariamente, que ele era sócio do irmão e que o salário dependia de quanto eles vendiam, então dividiam os lucros. O salário dava para viver bem. Em relação ao casamento, ela disse: "É gozado, quem está dentro quer sair, quem está fora quer entrar, como dizem né". Explorei mais sobre isto, ela

disse isto porque conhecia pessoas nestas condições. Mas ela não queria se separar, preferia estar casada porque quando era solteira não podia sair e nem fazer nada para se divertir. Depois que se casou, ela começou a "aproveitar a vida", mas depois que vieram os filhos ficou mais difícil de se divertir, mas mesmo assim isto ainda acontecia. E afirmou que apesar dos problemas ela preferia continuar casada.

Como o Vicente estava fazendo muito barulho, acabou acertando as crianças. Percebi que o Marcelo pediu para fazer "xixi", questionei, e a mãe respondeu que ela precisou insistir para que ele pedisse para fazer "xixi" e "cocô", porque ele tinha quase dois anos e não pedia. De tanto ela insistir, até hoje ele pedia e esperava uma resposta, para depois ir fazer. Conversei com a mãe sobre o controle dos esfíncteres e expliquei para o Marcelo que ele não precisava pedir, pois já sabia ir sozinho.

O Jorge estava vomitando bastante após a mamada, então descobri que a quantidade de leite é muito grande para a sua idade. Expliquei isto para mãe, mas ela argumentou que ele ingeria e que por isso não considerava que era muito leite. Ela iria diminuir a quantidade, mas se ele chorasse provavelmente ela iria acrescentar mais, eu sentia que não eram suficientes as minhas explicações.

Conversamos outras coisas não muito importantes e depois eu saí. Encontrei D. Carmem, convidou-me para entrar mas como não tinha mais tempo, desculpei-me e prometi vir num outro dia.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram desenvolvidos todos os itens do plano de ação, 1,2,3 e 4.

2) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções: a) Orientando sobre a importância do retorno ao médico, anticoncepção e auto-medicação. "Papel de professora";

b) Estimulando a interação familiar e explicando sobre o controle dos esfíncteres e alimentação adequada conforme a idade das crianças. "Papel de professora";

c) Conversando com as crianças sobre as necessidades de eliminação e os cuidados quando estiver brincando na rua. "Papel de mãe-substituta".

Avaliação

A princípio eu estava desanimada, achava que não estava fazendo nada, mas depois, quando parei para refletir, percebi que havia feito algumas coisas. As orientações realizadas, os estímulos e elogios, assim como a atenção dispensada para as crianças, são muito importantes quando realizamos este trabalho. Com isto, estamos estimulando a auto-estima, o conhecimento e a auto-realização das pessoas. Mesmo assim, achei que deveria ler novamente alguns textos sobre o maltrato para que pudesse continuar a assistência.

O comportamento de Marcelo, pedindo permissão para fazer "xixi", indicava o quanto a mãe foi insistente para que a criança faça isto até hoje. Era provável até, que ela tenha sido mais agressiva para que esta criança tenha este comportamento. Fiquei triste em ver este tipo de coisa, pois o controle dos esfíncteres era uma questão fisiológica e dependia da idade da criança. Tentei me colocar no lugar desta criança e fiquei pensando em uma maneira de apagar tudo de ruim que já aconteceu com este menino, mas como isto era impossível, percebi que só tinha condições de melhorar o presente e o futuro dele. Para isto, devia prestar mais

atenção no seu comportamento e pensar no que poderia ser feito. Também me coloquei no lugar de mãe e concluí que alguns procedimentos incorretos eram realizados por falta de conhecimento dela sobre o assunto.

Acredito que o objetivo principal desta visita foi alcançado, porque a mãe abusiva estava mais disposta a conversar. Percebi que quando a visita é mais freqüente, realmente ela auxilia na interação enfermeira/família. O encontro foi bastante produtivo e os papéis do enfermeiro sugeridos por PEPLAU, auxiliam muito na assistência. Observava-se que realmente não estou utilizando os papéis de agente socializadora e enfermeiro psicoterapeuta, que segundo a autora eles somente são usados após um ótimo relacionamento entre o enfermeiro e a família, assim como, após o conhecimento da realidade familiar.

E para conhecer melhor a realidade familiar decidi que deveria conversar com o pai da criança maltratada o mais breve possível.

Plano de Ação para a Visita de 17/06/89

1) Fortalecer a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".

2) Contactar com o pai da criança maltratada e explorar como ele define a situação de maltrato assim como ele está inserido no contexto familiar. "Papel de técnica".

3) Informar o pai sobre o trabalho do CEPAM e a dissertação do mestrado, assim como a importância da sua participação. "Papel de técnica".

4) Investigar se a mãe retornou ao médico. "Papel de técnica".

Para que houvesse a possibilidade de encontrar o pai

de Marcelo em casa, esta visita foi realizada num sábado de manhã. Chegando lá, encontrei Sônia lavando roupa, que era bastante, pois o dia anterior havia chovido, o que fazia com que a roupa ficasse acumulada. O Marcelo estava ao seu lado, brinquei com ele e, como sempre, ele veio para o meu colo, se encostou e ficou bem quietinho. Vicente estava dentro de casa brincando, Jorge e Ricardo estavam dormindo. Peguei uma cadeira, coloquei perto do tanque e sentei por sugestão de Sônia, e então conversamos enquanto ela lavava, torcia e estendia a roupa.

Ela comentou que havia levantado às 5 (cinco) horas da manhã, para limpar a casa, lavar a roupa e depois poder ir buscar algumas encomendas de roupa para vender.

Como ela ainda não foi ao médico e contou as dificuldades que tem tido para conseguir uma consulta médica, eu me ofereci para tentar ajudá-la, ela aceitou a proposta.

Ela queria sair e precisava dar banho nas crianças, pois a casa ao redor não tinha calçada e eles estavam sujos de barro. Eu me ofereci para banhá-los. Mas ela não aceitou, porque precisava lavar a cabeça deles. Segundo ela, as crianças não gostavam disso e iriam me dar muito trabalho. Mesmo insistindo, ela não aceitou.

D. Carmem passou por ali e comentou que o Sr. João estava com a "urina presa", conversamos sobre isto. Orientei que ele aumentasse a ingestão hídrica (porque estava bebendo muito pouco), usando chás que auxiliavam na excreta da urina. Ela agradeceu e entrou em casa novamente. Mais tarde, o Sr. João também passou por ali, perguntei como ele estava e ele disse: "Estou um pouco melhor. O show é sempre o mesmo, ela só lava roupa no sábado. Fica a semana toda parada e no sábado resolve lavar a roupa, é sempre assim. Não entendo!" Então

quem não conseguiu entender fui eu, por que ele disse isto enquanto a Sônia estava longe estendendo a roupa? E depois saiu resmungando coisas que não consegui ouvir.

Enquanto estava ali, apareceu uma borboleta e o Marcelo ficou com medo. Conversei com ele sobre isto e descobri que ele também tinha medo da chuva principalmente quando havia trovões e relâmpagos. Conversando com Sônia, ela disse não saber quais eram os motivos destes medos. Ela contou fatos que aconteceram e que demonstravam o medo que o Marcelo e o Vicente tinham da chuva.

Sônia comentou que o marido ainda estava dormindo porque foi para a cama tarde, após ter assistido a filmes na televisão. Disse também que o marido e o cunhado compraram um video-game e ficavam jogando até tarde da noite. Mesmo tendo pedido para Sônia chamá-lo, ela só fez isto quando terminou de lavar a roupa e entramos na casa que estava limpa e arrumada.

A princípio ele resistiu em levantar e chegou a sugerir que eu ficasse para almoçar com eles, e então conversaríamos. Expliquei para a Sônia porque não poderia ficar para almoçar e que se ele não fosse levantar eu iria embora. Ela voltou a conversar com o marido que decidiu levantar.

Como estava próximo do meio-dia, Sônia começou a preparar o almoço, ela até se assustou com a hora, pois achou que era bem menos do que isto.

Enquanto isto, eu brincava com as crianças, eles tinham apenas uma bolinha de gude, percebi que o Marcelo tinha dificuldade motora com os dedos polegar e indicador. Vicente tentou deixar o Marcelo fora da brincadeira mas insisti para ele continuar e auxiliiei na movimentação dos dedos. Observei também que o Marcelo só entrou em casa com a

permissão da mãe, antes disso ele ficou parado na porta, não reclamou, não pediu e não entrou. A mãe afirmou que até isto ele pedia para fazer e não entrava se ela não dissesse que podia fazê-lo.

Quando Ricardo levantou, foi ao banheiro, voltou e sentou perto da mesa e então começamos a conversar. Perguntei como ele estava e ele respondeu: "Levando a vida". Então perguntei como estava a vida e ele disse: "Do jeito que a vida quer". Questionei novamente, se ele achava que era do jeito que a vida quer ou do jeito que a gente queria levar a vida, e ele respondeu: "Do jeito que a vida quer. Não dá pra mudar". Eu disse que achava que a vida poderia ser mudada. Então perguntei o que era que não poderia mudar na vida dele. Ele parou, baixou a cabeça e começou a dizer que não tinha condições de explicar, que não tinha palavras. Por mais que eu tentasse fazer com que ele falasse, ele não conseguia. Então percebi que ele estava com receio de falar comigo e que talvez eu não estivesse acessível para isto. Eu sorri, disse que ele poderia falar da maneira e com as palavras que sempre usou e dei um exemplo para que nós pudéssemos ver como cada um de nós percebia as coisas que aconteciam.

O exemplo, foi de uma família com cinco filhos, morando em um barraco precário e com dificuldade financeira. Perguntei: "Você acha que eles não conseguem mudar a vida ou que eles não querem mudar de vida? Então ele respondeu que era a primeira opção ou seja, eles não conseguiam mudar de vida. A conversa seguiu em frente, então eu argumentei que esta família poderia ter muitas dificuldades, demorar alguns anos, mas se ela tivesse uma vontade bem forte de querer modificar a sua vida, ela poderia conseguir.

Com isto, ele começou a contar que nunca havia

pensado em construir uma casa, mas que teve muitos aborrecimentos com os proprietários das casas que alugou, assim como as dificuldades financeiras por ter ficado desempregado, que assim que pôde fez de tudo para construir a sua casa. Ele contou exatamente como isto aconteceu. Depois eu disse, que então ele concordava comigo que se nós tivéssemos um objetivo, nós poderíamos modificar a nossa vida e que nem tudo acontecia porque a vida queria. Ele argumentou que existiam muitas pessoas que lutavam a vida toda e não conseguiam nem trabalhar, muito menos modificar a sua vida.

Então conversamos sobre as dificuldades que passamos no nosso país, sobre os salários dos deputados, senadores, etc., em relação ao nosso, sobre a sucessão presidencial e sobre o poder dos governantes. Concluimos que a responsabilidade também era nossa, porque nós votávamos, delegávamos o poder e não lutávamos para modificar estas disparidades que existiam. Depois de conversarmos tudo isto, tentei trazer a discussão para a nossa micro-realidade novamente. Ele contou que agora a única coisa que queria era ter dinheiro para comprar um terreno e retirar a casa dele do terreno do pai. E afirmou que os incômodos eram muitos com algumas pessoas, e que isto atrapalhava a vida deles. Disse ainda que há alguns anos atrás ele só pensava em festa, diversão e que nunca teve uma economia. Contou a história da queimadura do Vicente e as dificuldades que ele e a esposa passaram. Mas que hoje, ele pensava diferente, gastava pouco com diversão e tinha uma economia, caso fosse necessário não haveria problemas mesmo tendo três filhos.

Investiguei como ele gostaria de ter tido os filhos se houvesse planejado, então ele contou que gostaria de ter um filho, quando este tivesse com seis ou sete anos, poderiam

ter uma menina ou mesmo um menino como eles tiveram, e só depois que este segundo filho tivesse a mesma diferença anterior, poderiam ter o terceiro filho. O objetivo desta diferença na idade das crianças era porque gostaria de criar bem o primeiro filho e assim sucessivamente. Até o momento a Sônia não se havia manifestado. Agora ela disse que era isto que também gostaria que tivesse acontecido. Ricardo continuou dizendo que desta forma os pais teriam experiências com o primeiro filho e era menos provável agirem de maneira incorreta com os outros filhos. Ele não queria mais filhos e já havia recomendado à esposa que fizesse a cirurgia logo. E mais: "Foi burrada da Sônia ter três filhos seguidos".

Com esta declaração, discutimos sobre as responsabilidades na concepção, então esclareci que o casal era o responsável, não apenas a esposa. Conversamos também sobre os métodos anticoncepcionais, sempre reforçando a importância do diálogo e da participação do casal na tomada de decisão e responsabilidades sobre os acontecimentos que surgem na vida familiar. Sônia também participou desta discussão, foi muito interessante.

Depois disso, aconteceu uma inversão de papéis, onde Ricardo começou a fazer perguntas e logo após a resposta ele realizava outra. Com isto eles souberam que sou solteira, porque acreditava que ainda não encontrei a pessoa certa. Que morava sozinha porque minha família era gaúcha, como eu vim parar nesta cidade e atualmente trabalhando com o CEPAM. Neste momento, percebi onde Ricardo gostaria de chegar e realmente chegou, ou seja, na retirada do pátrio poder.

Eu expliquei que estava trabalhando com o CEPAM porque gostava de crianças, estava fazendo mestrado e que estes casos de crianças maltratadas me interessavam muito.

Aproveitei a oportunidade e pedi permissão para que este trabalho fosse usado na minha dissertação e após todas as explicações, ele concordou.

Ricardo também quis saber se existiam no CEPAM outras famílias com o mesmo problema. Esclareci que em algumas famílias o problema era maior, existia uma família onde cinco filhos do casal eram maltratados pelo pai. E que a maior dificuldade que tínhamos no CEPAM era a falta de profissionais trabalhando nesta área para que todas as famílias realmente tivessem uma assistência adequada. Então ele questionou e afirmou que o FÓRUM retirava muitas crianças do poder dos pais, devido a maus-tratos. Expliquei que existiam poucos casos assim, e que isto somente acontecia quando existia risco de vida para a criança. Que nós acreditávamos que com os pais, era o melhor lugar para as crianças crescerem e por isso tentávamos fazer com que os pais modificassem o seu comportamento, e somente quando isto não era possível, os pais perdiam seus filhos.

Ricardo ainda quis saber se eu gostava do que fazia. Expliquei todos os motivos que me estimulavam a realizar este trabalho. Sônia foi até o quarto para dar banho no Jorge e eu aproveitei a sua ausência perguntando como estava o comportamento dela com o Marcelo. Ele disse que estava melhorando, que antes ela não dava atenção e não gostava do menino, mas agora estava melhor. Disse, também, que tem vindo diariamente para casa para observar como eles estavam. Mas falou que não sabia porque isto acontecia, ele gostava de todos os filhos da mesma forma e nem ela sabia explicar porque isto acontecia. Considerava esta situação "horrrível", e por não estar agüentando foi que levou o filho para a casa da irmã, e para ver também como ela iria se comportar. Ele achava que este fato

auxiliou bastante e por isso ela estava melhorando. Tempos atrás ele não vinha diariamente porque a situação financeira não estava boa, mas como melhorou tem vindo diariamente para casa. Mas que não era fácil, ele trabalhava o dia todo e quando chegava em casa as crianças brigavam porque um queria uma coisa e o outro também queria, choravam e que isto fazia com que ele precisasse sair de casa para "arejar a cuca". Disse ainda que nos finais de semana era pior e por isso ele saía de casa.

Sônia voltou para a cozinha e então conversamos sobre as dificuldades que Sônia enfrentava ficando dia e noite com as crianças. Sobre a importância da participação do pai na educação dos filhos e as vantagens desta conduta. Ricardo ficou bem quieto e pensativo. A Sônia falou pouco, porém pelo seu sorriso percebi que gostou do que estava acontecendo apesar de ter sido colocado que o seu comportamento abusivo também não era correto.

As crianças interromperam várias vezes a nossa conversa mas sempre havia a continuidade, desta vez foi interrompida mesma. Conversei um pouco com as crianças e resolvi vir embora mesmo após os insistentes convites para ficar com a família. Expliquei os motivos para que eu não permanecesse e como sempre me despedi com abraços e beijos nas crianças, que retribuíram muito bem.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram desenvolvidos todos os itens do plano de ação, 1,2,3 e 4.

2) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções: a) Propondo-se a conseguir uma consulta médica para a mãe abusiva. "Papel de gerente";

b) Orientando sobre cuidados de saúde, percebendo dificuldades nas crianças e levantando dados novos sobre a família. "Papel de técnica";

c) Tentando extinguir alguns medos das crianças e auxiliando em suas brincadeiras. "Papel de mãe-substituta";

d) Orientando sobre anticoncepção, educação dos filhos, objetivos de vida e a nossa responsabilidade por todas as coisas que acontecem na nossa vida. "Papel de professora".

Avaliação

Por um momento durante a visita, pensei em desistir de conversar com o pai da criança maltratada, pois ele estava resistindo em levantar. Mas como isto era muito importante, resolvi insistir, pois eu estava ansiosa para conversar com ele e também isto era necessário.

Estava me sentindo aliviada por ter conversado com o pai da criança maltratada e acreditava que ele também iria modificar o seu modo negligente de viver a vida. Não realizei perguntas mais específicas porque achei que como estava sendo conduzida foi importante para a interação enfermeira/família. Sempre pensei em saber o máximo dele para depois manifestar as minhas crenças e valores, mas acreditava que o momento exigia determinadas atitudes e respostas. Acreditava que ele tinha sido sincero, pois confirmou algumas informações que eu já tinha conhecimento e acrescentou outras importantes como, a mudança do comportamento abusivo da mãe.

Novamente ficou confirmado que a família tem medo do poder do FÓRUM, pois o pai da família questionou até chegar a informação que ele queria. Acreditava que a inversão de papéis (onde o pai fazia perguntas para a enfermeira) era importante na interação enfermeira/família.

O planejamento familiar "mental", era diferente do que aconteceu na vida real e este era um fator de desajuste na família. A inexperiência do casal e a falta de informações adequadas modificaram a vida deles.

Como observei muitas dificuldades no desenvolvimento da criança maltratada, então resolvi fazer um MEMO sobre ela e procurar um psiquiatra ou psicólogo para fazer uma avaliação e obter orientações na estimulação desta criança.

Observações

19/06/89 - Com o objetivo de conseguir uma consulta médica para que Sônia fizesse o retorno, fui até o posto de saúde daquele bairro para conversar com a enfermeira. Descobri que havia possibilidade de fazer o exame de urina antes da consulta. Então combinei todos os detalhes com a enfermeira. Como ela foi minha aluna na graduação de enfermagem, investiguei e consegui algumas confirmações sobre o comportamento do pai da criança maltratada. Conversamos bastante sobre a família, reforcei a importância do sigilo, mas infelizmente ela não acrescentou dados novos para o meu trabalho. Conversamos sobre o funcionamento do CEPAM porque ela perguntou e também porque eu considerava importante que os enfermeiros tivessem conhecimento da existência e importância deste serviço.

Depois disso fui até a casa da família para informá-la sobre o que nós havíamos combinado. Como percebi dificuldades na realização da proposta que foi feita e não gostaria que a mãe abusiva prolongasse mais ainda o retorno ao médico, me ofereci para ficar com as crianças, a fim de que a proposta fosse concretizada. Ela aceitou, então combinamos os detalhes.

Como eu não tinha interesse em fazer uma visita

realmente, após brincar um pouco com as crianças, me despedi para vir embora.

Na saída encontrei com Ricardo, que tinha vindo para realizar algumas compras para o trabalho que desenvolvem em outra cidade e conversamos rapidamente. Encontrei-me também com D. Carmem que falou da saúde do marido. Disse que foi muito bom ter conversado comigo na visita anterior, pois assim descobriu que a "urina presa" que o marido estava apresentando realmente era por diminuição na ingestão hídrica e que os chás orientados auxiliavam bastante na resolução do problema. Depois disso fui embora.

Neste encontro com a família, não foi realizado o processo com todas as suas fases porque não considerei necessário. Havia apenas alguns objetivos que gostaria de alcançar, ou seja, usar o "papel de gerente" marcando consulta e viabilizando-a. E o "papel de técnica", tentando levantar dados novos com uma pessoa que não era da família.

21/06/89 - Da mesma maneira, aconteceu o encontro seguinte, pois havia combinado com Sônia que ficaria com as crianças para que ela fosse ao posto pegar uma requisição de exame com o clínico geral.

Portanto, neste encontro os objetivos eram: viabilizar a proposta anterior; observar mais atentamente o comportamento das crianças, principalmente da criança maltratada e conhecer o resultado da consulta mensal do Jorge.

Em relação à consulta mensal do Jorge, Sônia contou que a criança estava com "chiado", nós conversamos sobre isto e os cuidados necessários. Quanto aos vômitos freqüentes que ele apresentava, o pediatra reforçou todas as orientações que eu havia realizado, ou seja, a quantidade de mamadeira oferecida era maior do que a quantidade que o estômago da

criança tinha condições de receber e por isso ele eliminava o excedente.

Quando fiquei sozinha com as crianças, brinquei e observei-as. As crianças exibiam comportamentos próprios da faixa etária em que se encontravam, ou seja, o Vicente era egoísta não querendo dividir seus brinquedos com o irmão. Ele era esperto e normalmente conseguia convencer o irmão para que desistisse das coisas que ele queria pegar para brincar. Marcelo era bastante conformado com as situações de perda quando enfrentava o irmão. Várias vezes ele preferiu ficar no meu colo recebendo carinho ou então pedia minha ajuda para conseguir os brinquedos que estavam com Vicente. Jorge também gostava muito de um colo, mas ficava deitado brincando.

Quando Sônia retornou, trouxe pão e leite, fez café para as crianças, pois eles haviam tomado apenas mamadeira. Ela conseguiu a requisição para o exame e no dia seguinte quando fosse ao laboratório não havia problema com relação às crianças, porque o irmão dela viria para cuidá-los.

Conversamos um pouco sobre as crianças e ela disse que existiam algumas vezes que ela não sabia o que fazer com as crianças porque brigavam muito por causa dos brinquedos. Tentei lembrá-la também que esta fase era difícil, mas que existiam muitas alegrias que faziam com que nós esquecêssemos dos problemas.

Quando eu estava indo embora, encontrei D. Carmem, que contou que o Sr. João tem sentido muita dor apesar do uso de analgésicos. Contou mais algumas coisas sobre tios e primos dela, eu brinquei um pouco com as meninas e depois segui o meu caminho, prometendo vir com mais tempo para nós conversarmos.

1) Fortalecer a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".

2) Conhecer o resultado do exame realizado assim como, da consulta médica realizada pela mãe abusiva. "Papel de técnica".

3) Comunicar que ficarei ausente alguns dias, por motivos particulares. "Papel de técnica".

4) Continuar o levantamento de dados. "Papel de técnica".

Eu estava perto da casa da família quando encontrei um irmão do Ricardo que estava saindo de lá. Sônia já havia me apresentado à ele, mas não havíamos conversado porque logo ele foi embora. Neste dia, ele me cumprimentou e perguntou se eu vinha seguida na casa de Sônia. Eu respondi que sim e percebi que ele sabia o que eu vinha fazer devido ao pedido que ele me fez. Ele pediu que eu desse uma "olhadinha" nas filhas do pai dele e tentasse fazer alguma coisa porque não suportava pegar e brincar com elas. O motivo deste comportamento, era porque elas estavam sempre "sujas e cheirando mal", que ele gostava muito das meninas mas não conseguia brincar com elas, pois esta "imundice é demais". Conversamos um pouco, então ele disse que acreditava que o Marcelo estava sendo bem cuidado e que a cunhada estava mudando. Convidou para que eu fosse na casa dele, onde morava com uma irmã casada. Enquanto isto, o Vicente nos viu na rua e veio correndo, me abraçou, beijou e convidou para ir até a casa dele. O tio de Vicente ficou surpreso com o comportamento dele e disse: "Vicente já te reconhece e parece que gosta de ti". Depois de conversarmos, nos despedimos e convidei Vicente para ir até a casa da mãe dele.

Chegando na casa do Sr. João, cumprimentei-os e

observei as meninas, elas realmente estavam sujas. O Sr. João brincou dizendo, se eu gostaria de comprar uma das meninas e ofereceu uma delas, chamando-a de "Ladina". Este termo "Ladina", era muito usado por eles e significava uma criança sapeca, esperta, peralta. Ele brincou que iria vender uma das meninas porque seria mais fácil criar apenas uma. Sua esposa logo denunciou que a menina de sua preferência, ele não oferecia para vender. Conversamos um pouco sobre isto, realmente era apenas uma brincadeira, mas se percebeu que cada um deles, tinha preferência por uma das meninas. Investigando sobre as manchas nas roupas das meninas, soube que era de café, então aproveitei para dizer as desvantagens do uso do café em excesso, pois era uma prática muito utilizada por eles. Sobre a roupa suja, D. Carmem foi logo dizendo que era difícil conservá-las limpas.

Como eles não me convidaram para entrar, fui até a casa de Sônia, que estava lavando roupa. Novamente peguei uma cadeira e ficamos conversando, enquanto ela lavava a roupa. Ela contou que tinha ido ao médico e que este lhe falou que seria necessário uma perineoplastia, mas antes da cirurgia, deveria fazer uma cauterização uterina. Conversamos bastante sobre isto porque ela queria saber como era a cirurgia e por medo da anestesia. Quanto ao exame de urina, o resultado foi bom, a infecção urinária tinha cedido com o tratamento realizado. Mas para que ela fizesse a cauterização uterina e a cirurgia, seria necessário que o INAMPS terminasse a greve que estava acontecendo e que ela parasse com o anticoncepcional. Então aproveitei para investigar e estimular os cuidados necessários para que não houvesse uma nova gravidez.

Sônia contou que na próxima semana iria levar a menina de Carmem ao oftalmologista. Uma das meninas estava

apresentando estrabismo e já havíamos conversado sobre isto. Sônia relatou que faria isto pela menina porque "tem pena da menina e medo" que ela não consiga reverter este quadro, se não fosse feita alguma coisa logo. Devido a este fato, tentei novamente estimular a interação entre as famílias e elogiei a atitude de Sônia por ter se preocupado e estar tentando ajudá-los. Enquanto tentava fazer isto, Sônia contou que não conseguia acreditar neles, "que são pessoas falsas, falam uma coisa na frente e atrás dizem outras bem diferente". Mas disse também que talvez valesse a pena tentar porque agora estava mudando um pouco e acreditava que algumas coisas deviam ser esquecidas e não se preocuparia com o que eles falavam.

Sônia foi banhar o Vicente, então fui até a casa de D. Carmem conversar um pouco porque Marcelo e Jorge estavam dormindo. Carmem contou que Sônia iria levar sua filha ao médico, eu reforcei a importância desta consulta, assim como a importância do auxílio entre as pessoas. Ela contou que as filhas do marido não costumavam ajudá-la e que tinha dificuldades para sair com as duas meninas. Como elas não tinham 2 anos, andavam muito pouco e com duas no colo era impossível sair.

Durante a conversa, uma das meninas veio para o meu colo, a outra ficou com ciúmes e foi para o colo da mãe. A fralda da menina estava tão molhada que passou na minha roupa, as unhas estavam longas e sujas. Solicitei para D. Carmem uma tesoura e conversando sobre a importância de unhas curtas e limpas e estimulando as meninas, cortei as unhas. Assim que acabei as unhas das mãos, a menina ofereceu o pé, cortei todas e depois fiz o mesmo com a outra menina. D. Carmem falou das dificuldades que ela encontrava para cortar as unhas e lavar o cabelo das crianças. Aproveitei a oportunidade para

estimular a importância da higiene pessoal e da habitação.

Quanto à saúde do Sr. João, ela contou que a ferida estava cicatrizando. Era ela quem fazia o curativo diariamente e de maneira correta. Ela aprendeu a fazer curativo quando a sua mãe teve câncer de mama, contou a história e relatou a técnica do curativo.

Depois eu voltei até a casa de Sônia, auxiliiei no banho das outras crianças, expliquei que iria viajar e por isso ficaria ausente alguns dias, mas logo que voltasse viria visitá-los.

Ela contou bastante apavorada, que havia assistido na televisão ao relato do caso de uma mãe solteira que após o nascimento da criança, jogou-a na privada. Sônia não concordava com o comportamento desta mãe, pois acreditava que se a mãe não queria deveria doá-lo para alguém, mas não matá-lo. Devido a este relato de Sônia, aproveitei para estimular a mudança do seu comportamento, ressaltando o quanto o seu problema era pequeno quando comparado com outras situações de maltrato.

Depois fui embora desejando que não houvessem problemas durante a minha ausência.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram desenvolvidos todos os itens do plano de ação, 1,2,3 e 4..

2) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções: a) Realizando cuidados de higiene nas crianças. "Papel de mãe-substituta";

b) Explorando e orientando sobre cuidados de saúde, cirurgias e anestésias. "Papel de técnica";

c) Estimulando a mudança de comportamento e a

interação extra-familiar. "Papel de professora";

d) Orientando sobre hábitos de higiene pessoal e da habitação. "Papel de técnica".

Avaliação

A denúncia do tio de Ricardo, sobre as condições precárias de higiene das filhas de D. Carmem, era verdadeira. Acredito que consegui colocar a importância e demonstrar como adquirir a colaboração das crianças na execução da higiene.

Sônia declarou medo em realizar a cauterização uterina e a cirurgia, pois conhecia várias histórias de dor quando era feita a cauterização, assim como sobre os perigos da anestesia. Ela foi orientada sobre o assunto, demonstrou entendimento e ficou muito satisfeita quando me propus a acompanhá-la na realização da cirurgia.

Em relação ao fato da mãe solteira ter assassinado o seu próprio filho, percebi que Sônia tinha necessidade de saber se estes fatos aconteciam realmente ou se era apenas sensacionalismo. Ela considerou um crime este tipo de comportamento, com isto ficou mais fácil estimular a sua auto-estima e a sua mudança de comportamento. Isto porque, quanto mais ela gostasse de si própria, eu acreditava que ela teria mais condições de amar o seu filho.

A interação extra-familiar estava sendo estimulada, pois existiam fatos relatados por eles, que auxiliavam para que o mesmo fosse realizado. Mas as divergências de opiniões e mágoas entre eles ainda era muito grande, apesar de haver comportamentos favoráveis.

Plano de Ação para a Visita de 12/07/89

1) Continuar a interação enfermeira/família. "Papel

de técnica".

2) Comemorar o aniversário da mãe abusiva, almoçando com ela, fazendo-lhe companhia e promovendo a interação familiar e extra-familiar. "Papel de agente socializadora".

3) Continuar o levantamento dos dados e assistir à família utilizando os papéis da enfermeira. "Papel de técnica".

Fui até a casa de Sônia, porque era o seu aniversário. Meu objetivo era almoçar com a família, por isso levei algumas coisas para fazermos o almoço e uma pequena lembrancinha como presente.

Chegando na casa, encontrei D. Carmem lavando roupa. Após responder sobre o meu passeio, conversamos sobre as visitas que acabaram de sair da casa dela e sobre as brigas entre as meninas. Sempre orientando sobre as fases de desenvolvimento das crianças para que percebesse que muitas coisas eram normais em determinadas fases.

Como Sônia não estava em casa, questionei onde ela poderia estar e sobre o comportamento da mãe com o seu filho Marcelo. Eles me disseram que provavelmente Sônia estaria na casa da mãe dela. Sobre o comportamento de Sônia o Sr João disse: "Tá bem melhor, acho que está criando vergonha na cara. Tá na hora!" D. Carmem contou quando o Sr. João saiu, que algumas vezes o casal brigava porque Ricardo ficava bebendo e jogando, chegando tarde em casa.

Nós conversamos um pouco e eu contei qual era o meu objetivo nesta visita para Sônia. Eles não lembravam do aniversário dela. Mesmo tendo sido convidada para ficar e depois almoçar com eles, eu agradei e expliquei que iria procurar Sônia.

Na casa de D. Maria, mãe de Sônia, não havia ninguém

em casa, mas Marcelo estava brincando na casa ao lado com outro menino. Fui até lá, então a dona da casa, amiga de Sônia e chamada de Tânia, explicou que ela tinha ido buscar algumas roupas. Estas roupas eram para Tânia comprar, por isso ela ficou com o Marcelo e o Jorge enquanto Sônia e Vicente foram até lá.

Tânia falou que não gostava de ficar com o Vicente, porque ele e o seu filho brigavam muito, mas com o Marcelo isto não acontecia. Como ela falou que Sônia voltaria logo e convidou para esperar, eu resolvi aceitar a sugestão. As crianças já haviam almoçado, eu estava com Jorge no colo, Marcelo brincava com o filho de Tânia, e ela preparava o almoço porque o marido estava por chegar para almoçar. Ela só tinha um filho (6 anos), a casa era simples com duas peças (cozinha e quarto) mas era muito organizada e limpa.

Enquanto eu esperava a Sônia, Tânia contou que elas foram vizinhas, que gostava muito dela, mas não sabia o que iria acontecer se estivesse no lugar de Sônia que tinha 3 (três) filhos pequenos e ainda era tão jovem. Disse ainda que Sônia não gostava do Marcelo da mesma forma que gostava das outras crianças, mas que nunca tinha visto ela espancá-lo. Quando o marido de Tânia chegou, após uma breve conversa, eu resolvi desistir de esperar e fui embora.

Quando eu estava na rua, encontrei D. Maria voltando do trabalho para casa. Conversamos brevemente, D. Maria e Tânia não haviam lembrado do aniversário de Sônia. A D. Maria ficou chateada porque conversou com a filha e não lembrou do aniversário dela. Depois de deixar o recado para Sônia que voltaria outro dia e que a abraçassem por mim, fui embora.

1) Foi desenvolvido apenas o item 3 do plano de ação.

2) Não foram desenvolvidos os itens 1 e 2, porque a família não foi encontrada.

3) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções: a) Promovendo a interação da mãe abusiva com o meio no qual ela se insere. "Papel de técnica";

b) Interagindo com as crianças. "Papel de mãe-substituta";

c) Orientando sobre as fases de desenvolvimento das crianças. "Papel de professora".

Avaliação

Normalmente quando chegava das visitas, fazia o registro de tudo o que tinha acontecido. Para escrever este relato, foram retirados alguns depoimentos que após ter checado a informação, certifiquei-me de que não eram verdadeiros. Isto aconteceu muitas vezes, eu percebi que as pessoas falavam bastante e notei que nem tudo era verdade. Por exemplo, durante o período que estava trabalhando com a família, uma pessoa falou que tinha "certeza" que Sônia estava grávida novamente, então observei, investiguei e isto não aconteceu. Portanto, era necessário investigar as informações que recebia para poder garantir a confiabilidade das mesmas. Nesta visita assim como em outras, recebi várias informações que por não ter certeza se eram verdadeiras, preferi suprimi-las do relato por enquanto.

Percebi também, que as pessoas passavam informações umas para as outras ou que talvez não se preocupavam em falar dos problemas de outras pessoas, os quais não conheciam. Um exemplo disto, foi a Tânia, amiga de Sônia. Eu disse a ela

apenas que era amiga de Sônia, não falei que trabalhava com o CEPAM. Tânia fez comentários em relação ao comportamento abusivo de Sônia, sem ter certeza com quem estava falando e sem eu ter perguntado sobre isto. Este procedimento, era freqüente nesta sociedade, outras pessoas já tiveram a mesma conduta. Mas Tânia, foi a primeira pessoa que não culpou a mãe abusiva por este comportamento. Ela compreendia a atitude de Sônia, se colocava no lugar da outra e justificava, o que fazia com que a mãe maltratasse seu filho, ou seja, por ser muito jovem e ter três filhos seguidos.

Observei que Sônia ajudava muitas pessoas, fazia pagamento das contas para a mãe, vendia roupas para ajudar nas despesas da casa e outras coisas. Talvez por sair muito de casa por estes motivos e por motivos pessoais era que as pessoas a chamavam de "andarilha", como nos contou um vizinho.

Fiquei triste por não ter conseguido alcançar o meu objetivo, ou seja, comemorar o aniversário de Sônia junto com ela e, mais ainda, quando percebi que nenhuma pessoa havia lembrado do aniversário dela. Mas acreditava que lembrando as pessoas que convivem com ela, talvez houvesse alguma coisa boa para ela neste dia. Acreditava que a lembrança destas datas comemorativas auxiliava na interação entre as pessoas, mesmo não havendo festa e presente.

Os familiares continuavam verbalizando a mudança de comportamento da mãe abusiva e isto era muito bom. Achava importante a interação da enfermeira com as pessoas do meio no qual a família se inseria, estava tendo oportunidade de fazer isto e auxiliando na promoção desta interação.

Quanto ao processo de enfermagem pensava que talvez fosse necessário ser mais objetiva e direta. Mais isto não dependia só da enfermeira, então concluí que o tempo era um

fator importante na assistência a estas famílias.

Plano de Ação para a Visita de 15/07/89

1) Fortalecer a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".

2) Parabenizar a mãe abusiva pelo seu aniversário, pois não a encontrei na visita anterior. "Papel de agente socializadora".

3) Tentar abordar sobre os conceitos do marco proposto. "Papel de técnica".

4) Explorar sobre o comportamento do pai da criança maltratada. "Papel de técnica".

Encontrei com D. Carmem e as meninas, em frente à casa e conversamos sobre o frio que estava fazendo e sobre o estado gripal das meninas. Depois comecei a brincar de roda com as meninas, cantei e dancei com elas, os sorrisos e as gargalhadas delas foi muito bonito e me causou uma satisfação imensa. Elas gostaram tanto que diziam "qué, ...qué" (era o termo que elas usavam para pedir alguma coisa ou para repetir o que estavam fazendo). D. Carmem disse: "É só dar confiança pra elas, que elas não soltam mais a pessoa". Eu expliquei que este comportamento com as crianças era necessário, pois as crianças precisavam aproveitar muito bem a sua infância, afinal éramos crianças apenas uma vez na vida e brincar auxiliava no crescimento e desenvolvimento saudável. Eu fiz e disse isto porque havia observado que as meninas eram criadas dentro de casa e com adultos, até o momento não as observei fazendo o contrário e sabia da importância disso para as crianças. Depois de brincar com elas estimorei outras brincadeiras que pudessem fazer sem a minha presença, para que eu fosse até a casa da Sônia.

Encontrei com os meninos, conversei com eles e depois abracei Sônia pelo seu aniversário. Ela me recebeu muito bem, eu desejei tudo de bom para ela e que os seus sonhos se tornassem realidade. Quando larguei e olhei para o seu rosto, ela me abraçou novamente e agradeceu. Depois entreguei-lhe a lembrancinha, ela gostou e agradeceu. Sônia explicou que imaginava que eu viesse a sua casa naquele dia, mas no período da tarde e, portanto, saiu de manhã porque precisava. Então eu disse que não poderia vir à tarde e por isso vim de manhã e que gostaria de ter almoçado com eles, mas como nós duas fizemos programas contrários, houve o desencontro. Ela comentou ainda, que todos acabaram lembrando do seu aniversário devido ao comentário que fiz sobre o objetivo da minha visita.

Sônia estava chateada com a greve do INAMPS, pois precisava fazer o tratamento e a cirurgia, então expliquei que talvez no início da semana que vem já estivesse tudo normalizado novamente.

Ricardo chegou em casa, cumprimentou e foi direto para o quarto, depois vieram os seus irmãos buscá-lo e ele foi para o bar. Como eu fiquei sabendo de algumas coisas sobre ele, investiguei e fiquei sabendo que ele estava chegando tarde da noite em casa porque ficava jogando e bebendo no bar. Mas percebi que Sônia não estava disposta a falar sobre isto, pois mudou de assunto rapidamente.

Desta vez, foi Sônia quem falou sobre a alimentação do Jorge, ela tinha consciência de que a quantidade de mamadeira oferecida era maior do que a capacidade do estômago do menino. Mas ela argumentou que tinha "pena da criança e não queria deixar ele com fome". Conversamos sobre isto e ela prometeu que iria modificar a sua conduta.

Continuamos conversando sobre as crianças e doenças que podiam ter, devido à falta de alguns cuidados. Então resolvi questionar o que era saúde e doença para a mãe abusiva. Segundo ela, "saúde é não ter problema de doença, Doença é qualquer problema, desde uma febre (que é coisa pequena) até outra coisa maior". Para explicar melhor o que estava dizendo, pedi que citasse um exemplo. Então ela contou que o Marcelo quando pequeno era muito "molinho", ele nem firmava a cabeça, com isto necessitou de fisioterapia, que foi feita. Depois ele não andava, ela levou-o no médico novamente, foi feito fisioterapia outra vez. Isto ela disse que era doença e considerava uma coisa pequena, mas que necessitava de cuidados. Uma doença grave era o problema que ela teve (infecção urinária) ou outras coisas mais sérias como, coração, pulmão, etc. Disse ainda, que a doença interferia na vida das pessoas porque era necessário tempo, dinheiro e ajuda das outras pessoas.

Percebi que as crianças estavam sujas, com pouca roupa e estava começando a esfriar porque a noite estava chegando. Sônia também estava com algumas roupas no tanque para lavar. Devido a tudo isto, resolvi ir embora e deixá-la mais à vontade para a realização de suas tarefas e assim o fiz.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram desenvolvidos todos os itens do plano de ação, 1,2,3 e 4.

2) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções: a) Promovendo recreação para as crianças. "Papel de mãe-substituta";

b) Orientando sobre as fases de crescimento e

desenvolvimento das crianças, sobre a importância da recreação e sobre os cuidados necessários com as crianças e adultos nos períodos de inverno. "Papel de professora";

c) Estimulando a interação familiar e extra-familiar. "Papel de técnica".

Avaliação

Às vezes achava que estava fazendo tudo de maneira incorreta, principalmente em relação a este pai que eu considerava um pai negligente por omissão. Sentia vontade de forçá-lo a conversar seriamente sobre o seu comportamento. Acreditava que enquanto eu não fizesse isto, não iria conseguir realizar o trabalho com a família, mas ele fugia muito de mim. Portanto, decidi continuar trabalhando com a ausência da participação do pai da criança maltratada, o qual necessitava de orientações.

Fiquei muito feliz com a demonstração de carinho que tive da mãe abusiva, ela era uma pessoa sensível e por isso acreditava na sua mudança de comportamento. Quando ela fez o comentário, que as pessoas lembraram do seu aniversário por causa da minha interferência, ela acrescentou que isto sempre aconteceu, ou seja, ninguém lembrava do aniversário dela. Ela ficava triste, porque lembrava e felicitava todos os familiares em seus respectivos dias de aniversário. Nós conversamos sobre isto, então estimulei que ela continuasse com este comportamento, pois ele era muito bom e talvez um dia as pessoas que a rodeavam pudessem vir a fazer o mesmo. Esta, era mais uma prova de que a interação entre estas pessoas era de distanciamento, mas acreditava que esta mãe poderia reverter este quadro, através da mudança do seu comportamento abusivo com o seu filho.

Neste momento refleti sobre a mudança de comportamento, ela era difícil e não acontecia de uma hora para outra. Por exemplo: A mãe conhecia as vantagens e desvantagens do aleitamento materno, mesmo assim ela introduziu por conta própria o aleitamento artificial e de forma inadequada. Foi orientada por mim e pelo pediatra como deveria fazer o aleitamento artificial, ela tinha consciência de que sua conduta era incorreta mas ainda assim não o modificou. Assim parecia o comportamento abusivo, não era facilmente modificado, parecia que as pessoas precisavam da informação correta, depois um tempo para introjetar esta mudança e somente após isto modificavam o seu comportamento.

Era incrível, mas orientações sobre as fases de crescimento e desenvolvimento das crianças eram fundamentais na assistência às famílias. Esta era uma atividade que desenvolvia em todas as visitas, porque de uma maneira ou de outra ela se fazia necessária.

Achei que deveria acelerar um pouco o levantamento dos motivos que levavam a mãe ao maltrato com o seu segundo filho e, com isto, tentar assisti-la mais diretamente. Outras partes do instrumento de coleta de dados também deveriam ser explorados. Com isto talvez se tornasse mais fácil e coerente a assistência de enfermagem.

Plano de Ação para a Visita de 26/07/89

1) Fortalecer a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".

2) Explorar sobre outras causas do maltrato. "Papel de técnica".

3) Realizar o heredograma familiar e o mapa da interação familiar com o meio no qual ela se insere. "Papel

de técnica".

4) Verificar a percepção que a família possui da enfermagem e avaliar o trabalho que está sendo desenvolvido. "Papel de técnica".

5) Pedir permissão à família para fazer o encaminhamento da criança maltratada para uma avaliação psicológica. "Papel de gerente".

Pela primeira vez não encontrei nenhum familiar antes de chegar na casa de Sônia. A casa estava fechada, mas ouvia-se a voz da família no seu interior. Bati e chamei várias vezes, mas com o barulho das crianças e da televisão ligada, ficava difícil me ouvirem, por isso insisti até que a Sônia abriu a porta. O Vicente se atirou nos meus braços e me beijou com carinho. Fui convidada para entrar e assim o fiz.

Questionei como eles estavam e Sônia respondeu com voz rouca que estavam bem, com isto descobri que a família toda estava ou tinha estado gripada, então reforcei os cuidados. Na família da mãe de Sônia e de seu sogro estavam todos bem.

Jorge estava dormindo e Marcelo que havia acordado, saiu do quarto, passou por mim e foi fazer "xixi", nem me deu importância. Convidei-o para me dar um beijo e ele veio correndo e me abraçou e beijou, sempre com um olhar tímido mas muito carinhoso.

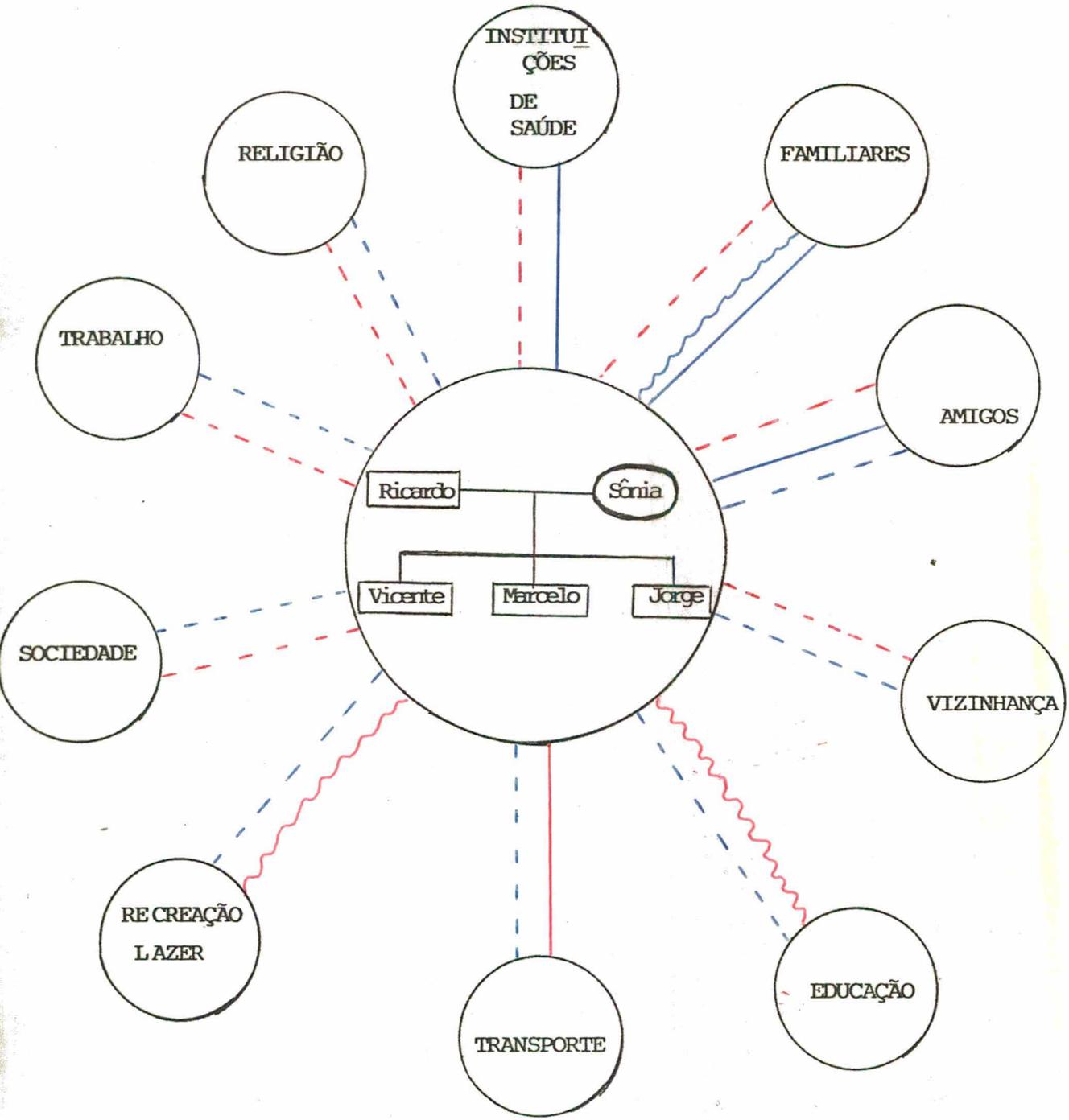
Brinquei um pouco com as crianças e depois peguei as folhas sobre o Heredograma familiar e sobre o Mapa das Interações da família com o meio no qual ela se insere e pedi para Sônia me ajudar a completar as coisas que não sabia e outras informações que necessitava.

Para que não houvesse influência da família na minha

percepção do Mapa das Interações, realizei-o em casa e depois levantei os dados segundo a percepção da mãe abusiva. Neste Mapa da Interação da família com o meio, houve pouca diferença entre a minha percepção e a da mãe abusiva. As diferenças foram: 1) Na relação com os amigos, ela colocava que era de "médio para ruim", ou seja, de distanciamento para conflituosa. Declarou que possuía apenas uma amiga que realmente contava-lhe tudo o que acontecia com ela e que podia confiar. 2) Quanto ao transporte, era de distanciamento, porque algumas vezes não tinha dinheiro para pagar o ônibus e que usava a bicicleta de sua mãe quando era possível, pois esta usava-a com freqüência. 3) Sobre a religião, ela justificou que não participava mas sentia necessidade, fazia reflexões em casa e procurava seguir os seus princípios religiosos. 4) Com relação aos familiares, ela disse que era de distanciamento com alguns e conflituosa com outros membros da família. 5) Sobre as instituições de saúde, era de aproximação, pois sempre recebeu atendimento quando necessário e tinha sido bem tratada, estava satisfeita.

A seguir demonstramos o mapa das interações da família com o meio no qual ela se insere.

MAPA DAS INTERAÇÕES DA FAMÍLIA COM O AMBIENTE
NO QUAL ELA SE INSERE



NOTA: A natureza das inter-relações é ilustrada com a ligação conforme os diferentes tipos de linhas:

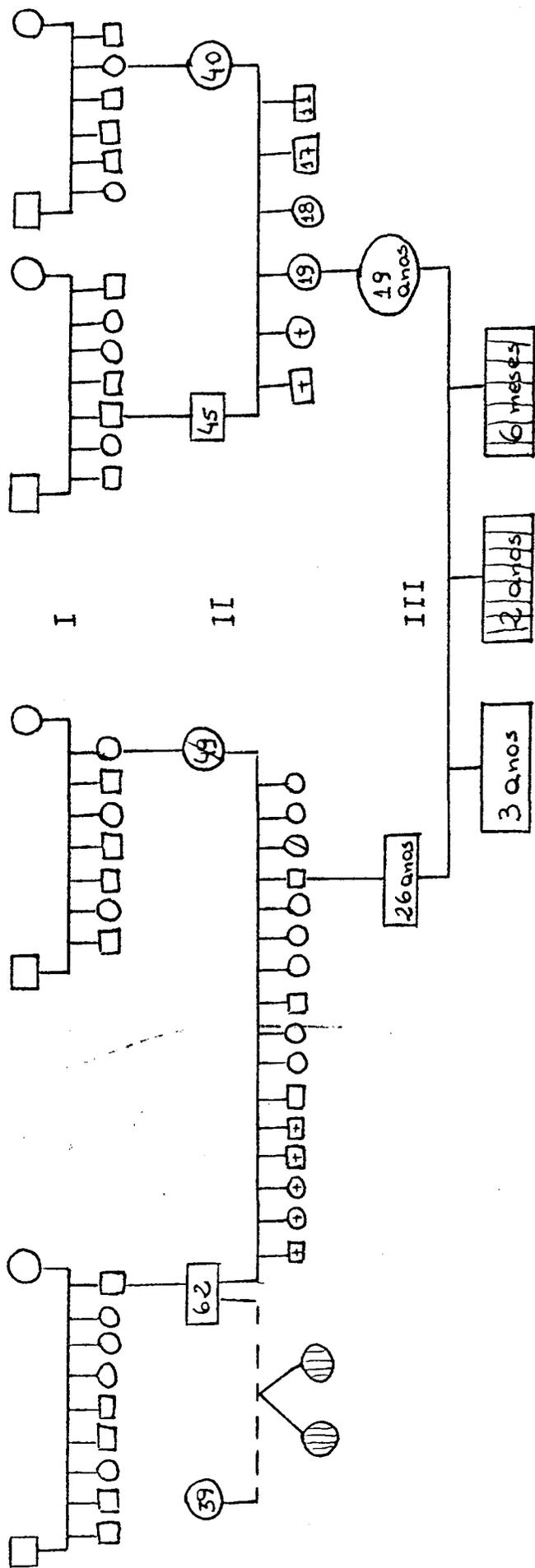
- ==== para aproximação (normal e positiva)
- para super-aproximação (forte)
- para distanciamento
- ~~~~ para estresse, conflito

Caneta azul para representar o que a família refere, vermelha, para nossa observação.

Deixei para perguntar no final, sobre as instituições de saúde e então aproveitei para saber o que ela pensava do enfermeiro. Ela não conseguiu definir o enfermeiro, mas acreditava que a sua função era "atender as pessoas". Eu questionei qual era a diferença entre o enfermeiro e os outros profissionais, então ela disse que, "os médicos escrevem e o enfermeiro faz, mas acho que ele não depende dos outros profissionais". Sônia ficou bastante confusa e não soube dizer o que mais pensava do enfermeiro. Eu questionei o que ela achava de mim como enfermeira, trabalhando fora do hospital e dos postos de saúde. Ela disse: "Me ajuda bastante, me deixa falar e tenta resolver o meu problema". Eu disse: E você acha que desta forma estou ajudando a resolver o teu problema? Sônia respondeu: "Nossa, e como ajuda! Desde que você apareceu mudou bastante, do dia para a noite. Não é porque você tá na minha frente, mas já ajudou bastante".

Então expliquei que estava tentando ajudá-la, mas que não era somente ouvindo-a, muitas vezes eu falei coisas importantes e tentei demonstrar como ela deveria agir em determinadas situações, e perguntei se ela havia percebido isto. Ela concordou e argumentou que muitas vezes ela se dava conta que estava fazendo e falando as mesmas coisas que eu, que isto ajudou muito no seu relacionamento, principalmente com as crianças. Eu disse ainda que acreditava que poderia fazer outras coisas para ajudá-la mais ainda. Pedi que ela refletisse sobre isto e outro dia poderíamos conversar novamente. Então passamos à realização do Heredograma Familiar.

HEREDOGRAMA FAMILIAR



I = Primeira Geração

II = Segunda Geração

III = Terceira Geração

Após a realização do Heredograma, percebi que a diferença de idade entre a mãe abusiva e a sua irmã, era a mesma entre os seus filhos Vicente e Marcelo, e que esta semelhança poderia ter contribuído como causa do maltrato em seu filho Marcelo. Então questionei como era o relacionamento dela com a sua irmã. Sônia respondeu: "Hoje é bom". E quando vocês eram crianças, como foi? Ela disse: "Sempre foi bom, só que eu achava que o pai gostava mais dela do que de mim. Eu acho até que tem alguma coisa que ver com o Marcelo". Neste momento ela baixou a cabeça e começou a chorar vigorosamente. Como o Jorge estava no seu colo, eu o peguei e deixei-a chorar.

Quando ela ficou mais calma eu pedi que ela me explicasse melhor o que havia acontecido na sua infância. Ela comentou que se sentia rejeitada pelos pais, que todas as coisas erradas que aconteciam a culpa era dela e que os irmãos recebiam mais carinho do que ela. Argumentou ainda, que hoje ela percebia que isto era "imaginação" dela, mas que se sentia prejudicada e por isso tentou fazer com que o Vicente não passasse pelas mesmas dificuldades que ela passou, mas que não sabia porque deixou de gostar de Marcelo. Tentei explicar o que havia acontecido, pois acreditava que ela inconscientemente tinha rejeitado o segundo filho por vários motivos, e que um deles era porque na verdade gostaria de maltratar a sua irmã. Mas que ela deveria lembrar sempre, que o Marcelo era seu filho e que ela estava fazendo com ele o mesmo que os seus pais fizeram com ela na sua infância. Neste momento nós fizemos uma revisão de todos os motivos encontrados que a levaram a praticar o maltrato, ela concordou com todos e por estas razões agora poderíamos dizer que sabíamos alguns motivos que levavam ao maltrato e seria mais fácil encontrar

as soluções. Reforcei que ela deveria lembrar quando estivesse irritada, que o Marcelo não tinha culpa de tudo que acontecia e que ele merecia ser uma criança feliz, caso contrário ele poderia ser um pai abusivo com seus filhos e que isto não iria acabar nas próximas gerações.

Estimulei-a dizendo que ela estava mudando o seu comportamento e que as pessoas que convivem com ela também estavam percebendo isto. Então ela comentou que não estava preocupada com as outras pessoas e sim com os seus sentimentos em relação ao Marcelo. E afirmou que era importante o seu relacionamento com a criança, porque iria viver com ele a vida toda. E acrescentou que a vida da família iria melhorar bastante se fossem morar em outro lugar e eles estavam pensando em fazer isto.

Eu expliquei: "Sônia, se você concordar comigo, eu gostaria de levar o Marcelo para uma consulta com o psicólogo, para avaliar o seu comportamento. Como você já sabe o maltrato leva a algumas conseqüências e gostaria desta avaliação para saber como poderíamos ajudar o Marcelo no seu desenvolvimento. Você estimula o Jorge, com isto ele logo irá sentar sozinho e andar rapidamente, quando a criança é estimulada ela aprende rapidamente. Mas com o Marcelo isto não aconteceu, precisamos desta avaliação para evitar outros problemas". Como ela concordou comigo, eu decidi tentar uma consulta com a psicóloga da prefeitura.

As crianças começaram a brigar e ela conversou com eles até que eles pararam, então pediram pão, e ela foi fazer o café para eles. Conversando sobre as brigas das crianças, ela falou que estava aplicando castigo a eles, de ficar sentado por um tempo. Disse também, que isto estava fazendo com que as crianças a respeitassem e que era melhor do que

bater. Eu estimei esta atitude, pois acreditava que ela funcionava, mas reforcei que deveria sempre tentar conversar com as crianças e como último recurso o castigo, e que este não deveria ser por muito tempo, porque eles ainda não tinham noção do tempo.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram desenvolvidos todos os itens do plano de ação, 1,2,3,4 e 5.

2) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções: a) Orientando cuidados para a saúde. "Papel de técnica";

b) Explicando sobre as causas do maltrato e tentando resolver o problema. "Papel de professora";

c) Estimulando o relacionamento enfermeira/crianças. "Papel de mãe-substituta".

Diagnóstico Provisório de Enfermagem

A "Interação Familiar" era de distanciamento, onde os membros da família não expressavam todos os seus sentimentos de afeto, idéias, crenças, valores e conceitos, livres de tensões. Isto estava prejudicando o crescimento e desenvolvimento dos indivíduos. A comunicação se restringia a formalidades e informações. "Pontuação 1 (um)".

A "interação Extra-Familiar" era de distanciamento, pelos mesmos motivos anteriores, mas ela tendia a ser uma relação conflituosa. "Pontuação 1 (um)".

A "Definição da situação" para a família e para a enfermagem era: "reconhecia parcialmente a sua atitude". Ela reconhecia a sua atitude agressiva, os motivos que a levaram a praticar o maltrato assim como os meios de evitá-lo.

"Pontuação 1 (um)".

Portanto, o "grau de dependência" da família em relação à assistência de enfermagem era de "grau 1" (totalizando quatro pontos), por isso necessitava de pouca assistência de enfermagem, porque a situação era de pouco risco de reincidência da agressão. Mas como ainda não estava bem definido, podia também ser grau II e, mais, este diagnóstico foi realizado com a mãe abusiva e não com a família toda.

Avaliação

A interação enfermeira/família era um relacionamento aberto para o diálogo com franqueza e sinceridade, isto era muito bom.

A partir do momento que a mãe abusiva admitia os motivos que a levaram ao maltrato, isto já era mudança no comportamento. Após haver a conscientização, o passo seguinte, ou seja, de evitá-lo, se tornaria mais fácil para a resolução do problema. Julguei que agora seria tudo uma questão de tempo e este tempo, era diferente para cada pessoa.

Com isto, avaliei que foi alcançado o objetivo a curto prazo do plano de ação, ou seja, a família reconhecia o seu comportamento abusivo e passaríamos ao objetivo a médio prazo, que era encontrar maneiras para modificar este comportamento.

Plano de Ação para a Visita de 10/08/89

1) Fortalecer a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".

2) Avançar no processo de mudança do comportamento da mãe abusiva. "Papel de técnica".

3) Tentar explorar mais sobre o relacionamento do

casal. "Papel de técnica".

Nesta visita encontrei as crianças sendo cuidadas pelo avô materno, pois a mãe abusiva havia saído e logo voltaria, segundo informações deste. O avô materno estava no quarto e ficou deitado o tempo todo, só saiu quando a Sônia chegou e foi embora imediatamente sem dizer nada para ninguém, portanto não consegui falar com ele.

Enquanto esperava por Sônia, brinquei com as crianças e percebi que elas tinham medo de chuva, realmente, e que o Vicente continuava enganando o Marcelo com os brinquedos. As crianças estavam com lêndeas no cabelo e Vicente disse que a mãe estava "catando o seu cabelo". Mais tarde orientei a mãe sobre os cuidados, assim como, sobre a secreção nasal e pulmonar que eles apresentavam.

Como antes de Sônia chegar eu estava brincando com as crianças, depois eles não nos deixavam conversar, interrompendo o tempo todo. Como se não bastasse, chegaram quatro pessoas para comprar roupas e ela precisou atender. Estes fatores, mais a troca de fraldas do Jorge e a alimentação para as crianças fizessem com que eu não pudesse abordar muita coisa. Mas expliquei que estava tendo dificuldades em marcar uma consulta com a psicóloga para o Marcelo. Então ela explicou que também estava tendo dificuldades em marcar a cauterização uterina.

Enquanto a mãe fazia a troca de fraldas do Jorge, ela pediu orientação quanto à diarreia e à dermatite que ele estava apresentando. Investiguei sobre a diarreia e a dermatite, observei, cuidei e orientei os cuidados necessários.

A mãe deixou bem claro que sabia exatamente quanto tempo fazia que eu não a visitava, e que sentia muito a minha ausência. Eu expliquei os motivos desta ausência e ela

entendeu.

Como percebi que estava muito difícil de conversar com a mãe e já fazia 1:30 hs que eu estava na residência, resolvi ir embora e voltaria outro dia.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foi desenvolvido apenas o primeiro item do plano de ação.

2) Não foram desenvolvidos os itens 2 e 3, porque não houve condições de abordar os assuntos.

3) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções: a) Brincando e observando as crianças. "Papel de mãe-substituta";

b) Orientando sobre cuidados de saúde. "Papel de professora".

Avaliação

Não entendi porque o avô materno não fez questão de conversar e saiu, sem se despedir de ninguém, talvez fosse por timidez.

A mãe abusiva continuava dando preferências para o filho mais velho, as bolachas que tinham bichinhos desenhados era dadas para Vicente, e as outras que não tinham eram para o Marcelo. Mas a mãe fez carinho no Marcelo, abraçou e beijou. Pareceu que o Marcelo não percebia que as bolachas que recebia não tinham bichinhos, pois comia todas muito satisfeito.

Achei interessante a mãe saber exatamente quanto tempo eu não realizava uma visita e estava sentindo a minha ausência. Isto era sinal de dependência da mãe em relação a mim, mas acreditei que isto seria normal nesta fase.

Eu fiquei um pouco triste por não ter tido a

oportunidade de conversar calmamente com ela, mas esperava que numa próxima visita tivéssemos chance para isto. Estava com vontade de tentar promover a interação entre os familiares, para isto deverei retornar na casa de algumas pessoas e iniciar o contato com outros.

Foi muito difícil avaliar uma visita como esta, mas percebi que a mãe demonstrou atitudes de carinho com seu filho maltratado e continuava dando preferências para o filho mais velho.

Plano de Ação para a Visita de 18/08/89

1) Fortalecer a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".

2) Comunicar que a consulta da criança maltratada com a psicóloga foi marcada para o dia 24/08/89, às 9:30 hs. "Papel de gerente".

3) Avançar na mudança do comportamento abusivo da mãe. "Papel de técnica".

4) Tentar explorar sobre o relacionamento do casal. "Papel de técnica".

Nesta visita, a comunicação foi dificultada novamente por causa das crianças que brigavam o tempo todo. Mas com isto foi possível conversarmos sobre a educação das crianças novamente. Foi demonstrado e conversado sobre as atitudes que deveriam ser tomadas em várias situações. A mãe abusiva denotou que estava preocupada e que estava refletindo sobre o seu comportamento abusivo. Comentou que "sente pena" do Marcelo quando precisava "xingar" o menino, quando ele fazia alguma coisa que não deveria, antes não era assim, não sentia nada. Ressaltou que não era o mesmo sentimento quando precisava "xingar" os outros, mas que era diferente de tempos

atrás. Estimulei a sua atitude quanto a isto e quando ela falou que o aniversário do Vicente estava próximo, e que pretendia comprar um presente bom para ele e um simples para o Marcelo. Isto porque eles não entenderiam a razão de um só receber presente no aniversário, e que quando fosse o aniversário do Marcelo ela faria o contrário.

Conversamos um longo tempo sobre estas coisas, onde reforcei a importância de ver as crianças da mesma forma e que apesar dos problemas que eles causavam, eles também nos traziam muitas alegrias.

Jorge estava com pneumonia, tinha feito uma consulta médica no dia anterior. Apresentava hipertermia, continuava inquieto e com muita secreção nasal e pulmonar. Conversamos sobre os cuidados. Então demonstrei a tapotagem para fazer após as nebulização que ele estava realizando. Isto iria auxiliar na eliminação da secreção. Mas o menino não nos deixou conversar de tanto que chorou e resmungou. Quanto à diarreia, houve melhora mas o mesmo não aconteceu com a dermatite que ainda necessitava de cuidados.

Sônia contou que a consulta da filha de D. Carmem estava marcada para o mesmo dia da consulta do Marcelo com a psicóloga, com apenas meia hora de diferença. Então combinamos que iria passar pela casa dela para dar-lhe uma carona e pegar o Marcelo para levar na psicóloga.

Quando eu estava saindo, conversei com D. Carmem e expliquei o que havia combinado com Sônia sobre a consulta da menina com o oftalmologista. Ela comentou que Sônia estava usando a sua conta na farmácia para comprar os remédios para o Jorge, e disse: "Eu sou limpa na praça e tenho crédito em várias lojas". Com isto, percebi que Ricardo não tem crédito em alguns lugares. Nós conversamos mais algum tempo e depois

vim embora.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram desenvolvidos os seguintes itens do plano de ação, 1,2 e 3.

2) Não foi desenvolvido o item quatro, porque as crianças necessitavam de atenção.

3) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções: a) Cuidando e orientando as crianças. "Papel de mãe-substituta";

b) Estimulando a interação mãe/filhos e orientando sobre vários assuntos. "Papel de professora";

c) Explorando sobre a saúde dos membros da família. "Papel de técnica".

Avaliação

Nos planos que a mãe abusiva fez para o aniversário das crianças, ela denotou que queria ser justa com as crianças e seus planos são coerentes. Ela demonstrou que estava pensando em mudar o seu comportamento abusivo assim como, que questionava e refletia sobre o seu comportamento. Estimulei o seu comportamento e disse que ela tinha condições de mudar ainda mais. Que cada criança tinha as suas particularidades, a sua personalidade, e que todas mereciam o mesmo carinho, atenção e amor. Ela foi estimulada novamente para que visse as coisas boas que a criança maltratada apresentava e a sua potencialidade, assim como a importância da estimulação para o seu desenvolvimento.

Gostei de saber que Sônia continuava encaminhando a menina para tentar resolver o seu problema de estrabismo. Isto auxiliava na interação entre as famílias.

Fiquei confusa porque gostaria que a mãe abusiva fosse na psicóloga comigo, mas ao mesmo tempo, achei que isto era bom, pois poderia conversar mais tranqüilamente com a psicóloga.

Percebi o uso freqüente do papel de professora nesta visita, e isto aconteceu devido às várias oportunidades que aconteceram. Quanto aos papéis sugeridos por Peplau, percebi que eles são empregados conforme a autora descreveu. Com os papéis de professora, aconselhadora e agente socializadora, talvez fosse alcançado o objetivo final deste trabalho, ou seja, fazer com que a família modificasse o seu comportamento abusivo e melhorasse a sua interação familiar e extra-familiar.

Plano de Ação para a Visita de 24/08/89

- 1) Fortalecer a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".
- 2) Encaminhar a mãe abusiva e a sobrinha ao oftalmologista, e levar a criança maltratada para a avaliação psicológica. "Papel de gerente".
- 3) Tentar pesar e medir a criança maltratada para fazer uma avaliação. "Papel de técnica".
- 4) Receber informações sobre o estado de saúde mental da criança maltratada. "Papel de técnica".
- 5) Investigar sobre a gravidez, parto e maiores informações a respeito da criança maltratada. "Papel de técnica".

Fui até a casa de Sônia, como combinado, para levarmos as crianças para as consultas antes agendadas. Como eu, no acerto com ela, acompanharia a consulta do Marcelo, resolvi chegar mais cedo com a finalidade de coletar dados a

respeito da criança. Chegando lá, Sônia não estava em casa porque precisou levar o Jorge ao médico, pois não havia melhorado da pneumonia.

Desta forma, D. Carmem levaria as duas meninas junto porque não tinha com quem deixar. Mas as meninas tinham medo de carro, porque certo dia elas estavam dormindo e passou uma patrula em frente à casa que as assustou. Enquanto ela vestia as meninas, eu conversava com elas para que não tivessem medo de andar de carro. As meninas apresentavam os cabelos oleosos, mas D. Carmem não lavou porque elas estavam gripadas, e ela tinha medo de uma "pontada" se lavasse os cabelos delas. Orientei sobre os cuidados que poderia ter para evitar que isto acontecesse.

O Marcelo estava lindo, limpo, muito bem vestido e feliz por sair de casa. As meninas choraram um pouco mas logo se acalmaram. Deixei-as no consultório do oftalmologista e fomos até o consultório da prefeitura. Enquanto esperávamos, e estava cedo ainda, fui passear a pé com o Marcelo que corria, falava o tempo todo, enfim, estava radiante por ficar à vontade. Eu comprei algumas coisas para ele comer e voltamos ao consultório. Então aproveitei para pesá-lo (11,5 Kg) e medi-lo (90 cm), enquanto conversávamos. Ele pediu para fazer "cocô", levei-o ao banheiro mas não consegui que ele fizesse no banheiro, porque estava acostumado a fazer no chão e tinha medo do vaso.

Durante a consulta, Marcelo ficou encabulado no início, mas depois viu alguns brinquedos e ficou brincando. Conteí o que eu sabia da vida de Marcelo e perguntei o que ela achava de tudo que tinha acontecido e que estava acontecendo atualmente com a minha intervenção. Ela disse que achava que eu estava atuando de maneira correta e que já tinha conseguido

bastante coisa, e com certeza iria conseguir muito mais. Acreditava também que o problema do Marcelo, era falta de estimulação para o seu desenvolvimento. Acrescentou ainda que ele tinha "fobia materna" porque percebeu o quanto ele estava diferente do que eu havia falado sobre ele, isto é, ele estava diferente devido à ausência da sua mãe.

Após o término da consulta, fomos para casa. Como ninguém havia retornado ainda, fomos até o consultório do oftalmologista e encontrei a D. Carmem, Sônia e as crianças vindo embora. Então eu soube que a menina necessitava usar óculos, eu me propus a tentar consegui-lo através do INAMPS. O Jorge precisava de cuidados mais intensos. Então reforcei a importância das nebulizações e tapotagens mais frequentes.

Como a mãe não questionou sobre a consulta do Marcelo, resolvi perguntar-lhe sobre a gravidez, parto e infância dele até o momento. Estas e outras informações foram colocadas logo a seguir junto com a avaliação.

Sônia estava bastante aflita porque era hora do almoço e as crianças estavam com fome. Eu auxiliei para que ela preparasse o almoço enquanto conversávamos. Ela comentou que estava com muita dor nas costas e por isso uma pessoa viria lavar a roupa dela. Disse ainda que marcou consulta com o ginecologista, mas que estava com medo da cauterização e da cirurgia, nós conversamos novamente sobre isto.

Quanto ao marido, ela disse que ele estava ajudando no cuidado das crianças. Eu reforcei a importância desta atitude, afinal, ele era o pai.

Quando ela estava mais calma, com as crianças almoçando e Jorge dormindo, fui embora.

1) Foram desenvolvidos todos os itens do plano de ação, 1,2,3,4 e 5.

2) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções; a) Orientando cuidados para saúde. "Papel de técnica";

b) Orientando e realizando manejos para que haja mudança no comportamento das crianças. "Papel de professora";

c) Viabilizando as consultas médicas e psicológicas. "Papel de gerente".

Avaliação

Neste momento foi muito difícil aceitar o comportamento abusivo da mãe com seu filho, porque foi muito agradável ver esta criança feliz. Gostei de ter ficado sozinha com o Marcelo, ele era muito querido e eu gostaria de dar todo o amor que ele não tinha tido até agora. Eu gostava dos irmãos de Marcelo também, mas queria que ele fosse visto, amado e tratado de mesma forma que os outros. Eu queria conseguir isto e estes eram motivos que me estimulavam a continuar o trabalho. Marcelo estava muito contente quando esteve comigo. Era outra pessoa longe da mãe, os olhos dele brilhavam e ele falava o tempo todo. Obedecia às ordens com facilidade e isto demonstrava o quanto ele era reprimido pela mãe.

A mãe relatou que não teve nenhum aborto e que todas as gravidezes não foram planejadas. A gravidez de Marcelo a princípio não era desejada, mas depois foi aceita pelo casal. Não houve nenhum problema de saúde com a mãe durante a gravidez, e foi realizado o pré-natal. Ela relatou, que levou um tombo 15 (quinze) dias antes da criança nascer e que isto fez com que o parto fosse prematuro. A criança nasceu com 8

(oito) meses de gravidez, pesou 2.510 gr. e tinha 46,5 cm. de altura. Foi amamentado durante dois dias, permaneceu 13 (treze) dias no hospital e apresentou icterícia e dificuldade pulmonar. A criança chorou dia e/ou noite durante 9 meses e meio após o seu nascimento (SIC).

Marcelo sentou com 6 (seis) meses, engatinhou com 9 (nove) meses e andou somente com 1 anos e 6 meses. No momento ele dormia bem, todos no quarto da mãe. Algumas vezes ele chorava ou rangia os dentes durante o sono, mas não acordava.

Esta criança foi hospitalizada uma vez, devido a uma desidratação, permaneceu sozinho porque no hospital não era permitida a companhia dos familiares quando o paciente era previdenciário. Não havia doenças como diabete, cardíaca, etc., nos antecedentes familiares.

Seu peso corporal, naquele momento, estava abaixo do esperado para a sua idade, mas estava sendo bem alimentado. Já teve anemia quando era menor (mais ou menos 1 anos e 3 meses). Percebi que a época da primeira denúncia de maltrato ao CEPAM, era posterior à patologia apresentada. Também já apresentou parasitose intestinal, chegando a eliminá-los pelo nariz, tendo sido medicado após consulta médica.

Foi utilizado na avaliação de desenvolvimento neuropsicomotor, a divisão das manifestações da conduta em 4 (quatro) setores segundo GESSELL (In ALCÂNTARA, 1978: 59-62), onde os resultados foram os seguintes: 1) Conduta motora: a capacidade motora da criança, constitui um ponto de partida natural na estimação de sua maturidade. Marcelo corria, mas tinha muita facilidade para cair. Sobe em cadeiras com dificuldades e constrói uma torre de 3 cubos (normal era 6 cubos); 2) Conduta adaptativa: dependia da conduta motora,

porém incluía o uso da inteligência e da capacidade construtiva. Tratava-se da adaptação da criança frente a objetos e situações que lhe eram impostas. Marcelo possui vários medos como: chuva, trovões, relâmpago, ficar no escuro, vaso sanitário, borboleta e muito medo de cair quando estava em pé, numa cadeira, por exemplo. Ele não gostava de enfrentar situações novas, e quando tinha medo e se sentia em perigo, chorava e se aproximava do adulto; 3) Conduta da Linguagem: englobava a linguagem com sentido amplo, era muito estudado na prática clínica mas era sujeito a grandes flutuações individuais. A criança maltratada compreendia o que se falava com ele, usava poucas palavras, sendo seu vocabulário muito reduzido, mas repetia palavras novas quando estimulado. Isto era consequência da falta de estímulo materno, pois dificilmente a mãe conversava com ele, e quando se dirigia à criança usava termos pejorativos, como: "anta, zuiudo, cabeçudo, etc.". Este era um dos setores que necessitava de grande estimulação; 4) Conduta pessoal-social: incluía as reações individuais da criança frente a outras pessoas e aos estímulos culturais. Dependia do temperamento da criança e das condições ambientais, e demonstrava muitas variações. Marcelo calçava, vestia sua roupa, e comia sozinho, mas com dificuldade. A mão que ele mais usava ainda estava indefinida, porque às vezes usava a direita e outras usava a esquerda (sua mãe usava a esquerda). A mãe não lembrava exatamente quando ele controlou os esfíncteres anal e vesical, mas foi bem mais tarde que o seu filho mais velho. Ele pedia para satisfazer suas necessidades de eliminação e não usava o vaso sanitário. A criança era extremamente submissa, obedecendo às ordens até do irmão mais velho e a única reação que exibía algumas vezes era o choro.

Após esta análise, concluí que a criança precisava ser estimulada em todas as áreas, principalmente nas condutas da linguagem e motora que eram mais deficientes, e que isto auxiliaria a desenvolver as outras áreas.

A mãe não questionou sobre a consulta da criança maltratada com a psicóloga. Julguei que isto aconteceu por estar nervosa com o avançado da hora e pelas crianças famintas. Farei uma nova visita em breve para investigar o porquê desta atitude.

Foi muito importante ouvir de outro profissional que ela acreditava no trabalho que eu estava desenvolvendo e que a criança não possui retardo mental e sim falta de estímulo para o seu desenvolvimento. Irei programar alguns exercícios para que sejam realizados com a criança, a fim de promover o seu desenvolvimento.

Plano de Ação para a Visita de 26/08/89

1) Continuar a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".

2) Investigar sobre os motivos da mãe abusiva em não perguntar sobre a consulta com a psicóloga. "Papel de Técnica".

3) Transmitir informações sobre a possibilidade de adquirir óculos através do INAMPS. "Papel de gerente".

4) Tentar conversar com o pai da criança maltratada. "Papel de técnica".

5) Continuar o levantamento dos dados. "Papel de técnica".

6) Orientar exercício para o desenvolvimento neuro-psicomotor da criança maltratada. "Papel de professora".

Quando eu estava chegando na casa da família,

encontrei Ricardo e Vicente também chegando. Vicente veio correndo para me abraçar e beijar. Ricardo contou que havia lavado Sônia ao hospital para consultar novamente com o Jorge, porque ele estava com febre muito alta e apresentando dificuldade para respirar. Ele estava com receio que a criança necessitasse de hospitalização.

Enquanto conversávamos o Sr. João, pai de Ricardo, veio até a janela e perguntou pela criança. Ele contou que deixou a mulher no hospital e veio para casa com o Vicente. O Marcelo ficou na casa de uma vizinha, não era a mesma que normalmente ficava com ele.

Eu havia estado no INAMPS para saber informações sobre a viabilidade de fazer os óculos da menina de D. Carmem. Então passei-lhe as informações dos documentos e procedimentos necessários para a concretização desta transação. Ela agradeceu e disse que iria fazer o que era preciso.

Ricardo solicitou que eu fosse ao hospital para saber o que iria acontecer com a criança, então fiz isto. Quando cheguei, a mãe estava saindo da consulta, então explicou que o médico reforçou a importância e necessidade das nebulizações e tapotagens, assim como, a continuação das medicações que haviam sido prescritas anteriormente. A mãe disse que não fazia tapotagem porque tinha "pena da criança", e soube também que ela tinha parado com as nebulizações.

Antes de chegar em casa, passamos na farmácia para fazer a nebulização, e depois eu realizei a tapotagem. Demonstrei novamente, reforcei a sua importância, e expliquei que era uma técnica indolor e só beneficiaria na recuperação da criança.

Sônia informou ao marido o resultado da consulta e, enquanto isto, observei que a criança maltratada estava com

o olho direito roxo e tinha marcas de unha na orelha esquerda. Investiguei sobre o olho da criança, então o pai, a mãe e as crianças contaram a mesma história, ou seja, que ele havia batido na cama, mas ninguém viu quando isto aconteceu. Logo depois, o pai saiu de casa sem falar nada.

Questionei sobre as marcas na orelha e a mãe afirmou que não costumava "puxar a orelha", quando necessário ela costumava "dar uns tapas na bunda", somente isto. Que talvez tenha sido o Vicente porque "os dois viviam se pegando". Não houve defesa por parte do Vicente, ele ficou calado.

A mãe contou que ontem teve que "bater na bunda" do Marcelo porque ele puxou uma leiteira com leite de cima do fogão e acabou derramando sobre ele. Como o leite estava frio, não houve grandes problemas, após as batidas, a mãe explicou que ele não podia fazer isto. A criança disse que não iria mais fazer e então a mãe ficou com pena dele. Eu estimulei que a mãe sempre procurasse explicar para as crianças o porquê que eles não deveriam fazer algo e que procurasse evitar as batidas.

Então questionei se ela não gostaria de saber sobre a consulta de Marcelo com a psicóloga, ela respondeu que queria saber. E explicou que primeiro foi a D. Carmem que veio conversando e depois foi o choro das crianças, porque estavam com fome e então acabou esquecendo. Mas logo que eu saí, ela lembrou novamente que não havia perguntado. Pedi para que eu lhe contasse, mas logo depois chegou a sua vizinha que sempre ficava com o Marcelo quando ela precisava sair.

A vizinha estava preocupada porque ela sempre ficava com o Marcelo, como isto não tinha acontecido, ela pensou que tivesse acontecido alguma "fofoca" e por isso gostaria de "tirar a limpo". As duas conversaram e acabaram se entendendo.

Eu estimei para que sempre que houvessem dúvidas, elas se comunicassem pois assim não existiria a possibilidade de haver algum mal entendido ou rancor entre elas.

Assim que a vizinha saiu, Sônia solicitou que eu continuasse falando sobre a consulta. Eu expliquei que ele não tinha problemas psicológicos, mas que deveria ser estimulado na conduta motora, adaptativa, pessoal-social e da linguagem. Demonstrei algumas maneiras de fazer isto e pedi que fizesse com freqüência, principalmente, em relação à linguagem. Ela concordou.

Explorei sobre a possibilidade de existir alguma parasitose intestinal, então estimei a mãe para que fizesse comida na hora certa, com alimentos saudáveis para que as crianças, não só o Marcelo, aumentassem o seu peso corporal. Ela aceitou bem as orientações e sugestões.

Antes de sair estimei para a realização das orientações e expliquei que por causa do 41º CBen que iria acontecer em Florianópolis, eu deveria ficar ausente, porque estava trabalhando na comissão organizadora. Após duas semanas, tão logo retornasse, viria visitá-los.

Passei na casa de D. Carmem e, conversando, descobri que ela iria fazer os óculos mas que iria esperar a criança crescer para depois usar. Então expliquei quais eram as conseqüências desta atitude e ressalté a importância do uso neste momento. Como as crianças estavam limpas, elogiei e estimei que permanecessem desta forma por mais tempo. Depois de conversar mais um pouco, fui embora.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram, desenvolvidos todos os itens do plano de ação, 1,2,3 e 4.

2) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções: a) Estimulando a interação extra-familiar. "Papel de agente socializadora";

b) Orientando sobre a mudança no comportamento abusivo. "Papel de aconselhadora ou agente psicoterapeuta";

c) Orientando cuidados de saúde. "Papel de professora".

Avaliação

Fiquei preocupada com as marcas encontradas no Marcelo e achei que alguma coisa estava acontecendo. Fazia votos que não fosse reincidência dos maus-tratos, pois a criança não merecia. Fiquei em dúvida se aquilo podia ter sido briga entre os irmãos, a marca do olho era impossível. Senti que eu deveria ir com frequência até a casa da família, porém isto era impossível porque tinha assumido compromisso com o trabalho na Comissão de temas durante o Congresso.

A interação enfermeira e mãe abusiva estava indo bem, mas a participação do pai continuava muito difícil.

Plano de Ação para a Visita de 13/09/89

1) Continuar a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".

2) Investigar o comportamento da família durante a minha ausência. "Papel de técnica".

3) Estimular a mudança de comportamento da mãe abusiva assim como, o desenvolvimento adequado da criança maltratada. "Papel de professora".

4) Investigar sobre a saúde da mãe e do filho mais novo. "Papel de técnica".

Fui até a casa da família, mas não encontrei

ninguém. A mãe tinha ido fazer a cauterização uterina e as crianças estavam na casa da avó materna.

Foi solicitado sigilo quanto aos nomes das pessoas que relataram os fatos que aconteceram na família durante a minha ausência. Por este motivo, não citei nomes, mas foram várias pessoas, e posso confiar nas declarações pois foram feitas em momentos diferentes e praticamente os mesmos relatos. Eu fiquei triste e preocupada, porque as pessoas contaram que a mãe maltratou novamente o seu filho Marcelo.

Segundo informações, a mãe continuava dando preferência para o filho mais velho. Ela oferecia maçã, iogurte, etc., somente para o Vicente, como o Marcelo ficava olhando, ela dizia: "O que você tá olhando seu zuiudo, olhudo, o teu irmão não pode comê?" Disseram ainda, que ela deixava a criança trancada no quarto escuro o dia todo, e não deixava a criança levantar da cama quando o pai chegava às 19 ou 20 hs. Somente o Vicente podia fazê-lo. A mãe chamava a criança de "demônio, anta, botuca, bocudo, feio, boi, zuiudo, olhudo, etc.

As pessoas relataram que, quando minhas visitas eram freqüentes, isto não acontecia. Mas quando demorava um pouco mais para visitá-la, a mãe voltava a maltratar o seu segundo filho.

O pai da criança maltratada, não agüentando esta situação, acabou espancando a mãe, deixando-a marcada. Há três dias que tinha acontecido este fato. As pessoas acreditavam que ele tinha motivos para espancar e que ela merecia este tipo de tratamento.

Fiquei assustada com estas declarações e fui direto para o CEPAM, passar estas informações. A assistente social não acreditava que mãe abusiva pudesse modificar o seu

comportamento e que já houve tempo suficiente para isto. Portanto ela queria retirar a criança do pátrio poder da família. Eu solicitei um tempo para que eu pudesse conversar com a família, confirmar as denúncias e tentar uma outra alternativa de solução. Ela concordou e eu fiquei de informá-la o mais breve possível sobre o que estaria acontecendo.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foi desenvolvido apenas o item 2 do plano de ação.

2) Não foram desenvolvidos os itens 1,3 e 4 do plano de ação, porque a família não se encontrava em casa.

3) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções: a) Explorando o comportamento abusivo da mãe com o seu filho. "Papel de técnica";

b) Informando o CEPAM sobre os fatos que aconteceram na família. "Papel de técnica".

Avaliação

Algumas pessoas relataram que estava acontecendo maltrato novamente. Isto me deixou triste e confirmou que as marcas encontradas anteriormente foram realizadas pela mãe.

Fiquei muito triste com os fatos que tomei conhecimento, vieram muitas dúvidas, questionamentos, um sentimento de impotência, de derrota, e que tudo que havia realizado não tinha adiantado para nada. Ao mesmo tempo pensava em maneiras para abordar o assunto com a família e tentar resolvê-lo sem que houvesse necessidade da retirada do pátrio poder.

Esta era uma situação que não pensava em encontrar neste momento, pois havia vários fatores que demonstravam a evolução positiva do comportamento da mãe. Mas havia notado

marcas na criança e pensei que se eu não tivesse ficado ausente por tanto tempo, talvez isto não tivesse acontecido. Todavia, não adiantava lamentar isto, e sim enfrentar a situação da maneira como ela estava se apresentando.

A mudança de comportamento era difícil e existiam momentos de reincidências, quando pensei que haveria a cura, houve uma nova denúncia. Faz 5 (cinco) meses que o trabalho com a família tinha sido iniciado e era a primeira vez que isto acontecia.

Eu temia pela segurança da criança, mas como ela estava sob os cuidados da avó, já ficava mais segura. Mas isto não poderia continuar por muito tempo e precisava de uma solução.

Como a mãe estava realizando uma cauterização uterina, achei melhor ir no outro dia para que pudéssemos conversar francamente e tentar resolver esta situação, e assim o fiz.

O CEPAM teve conhecimento dos fatos e concordou com o pedido de uma semana para tentar resolver o problema sem a perda do pátrio poder.

Plano de Ação para a Visita de 14/09/89

1) Continuar a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".

2) Explorar sobre as denúncias de maltrato. "Papel de aconselhadora ou agente psicoterapeuta".

3) Reafirmar as conseqüências do comportamento abusivo na criança e a possível perda do pátrio poder. "Papel de aconselhadora ou agente psicoterapeuta".

4) Explorar formas para resolução do problema da reincidência dos maus-tratos. "Papel de técnica".

Quando cheguei na casa da família, havia pessoas comprando roupa e fazendo pagamento de prestações. Marcelo continuava na casa da avó materna e as outras crianças estavam brincando.

As pessoas saíram, e Sônia contou sobre a cauterização uterina. Disse que estava sentindo cólicas abdominais, então conversamos sobre isto.

Investiguei sobre o seu relacionamento com o Marcelo e ela disse: "Eu não entendo, às vezes volta tudo e eu não consigo agüentar ele o dia todo". A mãe contou que estava difícil suportar esta situação, que ela tentava mas havia momentos que não conseguia se controlar e acabava maltratando a criança. Disse que estava sofrendo muito, porque a criança estava longe, ela sentia falta, saudade e pena dele.

Disse ainda, que não queria doar este filho e que talvez a mãe dela ficasse com a criança, que seria mais fácil para ela. Então questionei se isto seria o melhor para o Marcelo, porque, afinal de contas, ele também era filho, tinha pai, mãe e irmãos e não conviveria com eles. E que as consequências desta atitude para a criança, não seriam nada boas para o seu desenvolvimento.

A mãe afirmou que houve uma briga entre ela e o marido por causa do seu comportamento com o Marcelo, mas que isto não era o mais importante. O importante para ela era os seus sentimentos em relação ao filho.

Eu expliquei que o CEPAM estava sabendo o que estava acontecendo e que achavam que Sônia já tinha tido tempo suficiente para modificar o seu comportamento, e por isso, queriam destituí-los do pátrio poder em relação ao Marcelo. E, se isto acontecesse, o que ela achava que iria acontecer? A mãe disse que se perdesse o Marcelo, o marido iria se

separar dela e ela iria perder todos os filhos. E que isto seria "horrível" para ela, pois não saberia o que seria capaz de fazer se perdesse todas as crianças. Ela disse ainda, que gostava do marido e que ele também gostava dela, mas se isto acontecesse eles iriam se separar com certeza.

Enquanto conversávamos, ela chorou e fomos interrompidas pelas crianças várias vezes. Depois de conversarmos bastante, eu disse e ela que achava importante a participação do seu marido, devido à situação que estávamos enfrentando. Combinamos de comum acordo, que eu voltaria à noite, e que ela exigiria ao marido que ficasse em casa para que pudessemos resolver o problema.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram desenvolvidos todos os itens do plano de ação, 1,2,3 e 4.

2) A enfermeira realizou a seguinte intervenção: a) Estimulando brincadeiras com as crianças para que pudessemos conversar. "Papel de mãe-substituta".

Diagnóstico Provisório de Enfermagem

O relacionamento do casal, podia-se dizer, estava numa fase de interação conflituosa. O pai estava sendo agressivo com a mãe devido aos maus-tratos praticados por ela em seu filho. "Pontuação 2 (dois). Podia-se dizer, também, que a "interação extra-familiar" era conflituosa porque as pessoas não aceitavam o comportamento abusivo da mãe, então a rejeitavam. "Pontuação 2 (dois)".

A mãe não estava conseguindo colocar em prática os meios para evitar os maus-tratos e parecia que deixou os motivos que causam o maltrato sem o seu controle. Portanto,

na "definição da situação pela família e pela enfermagem, a pontuação era 2 (dois)".

O "Grau de dependência" da família em relação à assistência de enfermagem era "Grau 3" (totalizando 8 pontos), ou seja, situação de alto risco de reincidência do maltrato e a família necessitava urgentemente da assistência de enfermagem.

Avaliação

Eu não conseguia entender o comportamento de Sônia, porque havia momentos que parecia não se importar com o futuro do Marcelo, mas logo depois ela não queria perdê-lo. Ela demonstrava que estava insegura da decisão que gostaria de tomar e, com isto, eu também fiquei insegura, pois não entendia o que ela queria e também não queria tomar decisões por ela. Mas acreditava que o pai deveria ser envolvido e então fiz pressão para que ele estivesse em casa à noite e talvez assim uma solução aconteceria ou não. Eu queria que a decisão fosse deles porque o filho era deles e precisava me preocupar com a segurança da criança, isto, sim, era importante.

Eu gostaria muito de poder conversar com um enfermeiro psiquiatra, psicólogo ou psiquiatra para que pudessem me dar um suporte e diminuir a minha ansiedade. Mas não existiam estes elementos na equipe do CEPAM, e eu considerava isto muito lastimável, porque eram necessários neste tipo de trabalho.

Considerarei esta fase, como um período de crise para a assistência de enfermagem e o processo de enfermagem demonstrava, claramente, através do diagnóstico que era uma situação de risco da reincidência do maltrato e a necessidade

desta assistência.

O casal estava perdendo o controle da sua agressividade e quem corria risco era a criança. Mas como ela não se encontrava na residência dos pais existia a possibilidade dela estar com segurança.

Precisava me preocupar com a segurança da criança. Portanto, fiz alguns contatos no período da tarde, porque não sabia qual seria a decisão dos pais e não podia ficar esperando.

Observação

Nas duas próximas visitas, não foram realizadas todas as fases do processo de enfermagem, porque o objetivo delas era garantir a segurança da criança maltratada.

Fui até a casa de uma irmã do Ricardo, eles suspeitavam que os maus-tratos haviam iniciado novamente mas não tinham certeza. Eles se colocaram à disposição para ficar com a criança o tempo que fosse necessário, e até o adotariam se fosse preciso. Então combinamos que eu traria a criança se o caso exigisse, pois iria depender da decisão do casal hoje à noite. Eles solicitaram que eu continuasse ajudando a família, porque mesmo com o que estava acontecendo, eles notaram diferença no comportamento de Sônia durante aquele período.

A outra visita, foi na casa da mãe de Sônia. Ela a princípio falou que não havia problemas com a filha e o neto. Depois que ela percebeu que eu estava sabendo de tudo que aconteceu, então admitiu e colocou que o casal era "imaturo, irresponsável e muito sonhador". Disse, ainda, que teria dificuldades para ficar com o Marcelo porque o seu casamento era muito instável, o seu marido "não prestava", e ela precisava trabalhar. Portanto, não saberia como iria cuidar

desta criança.

O casal realmente era muito inconstante. Às vezes estavam juntos e logo depois se separavam e assim sucessivamente. Explorei sobre isto, então ela disse que as pessoas precisavam tentar, que pensou que iria ser diferente desta vez e como era muito religiosa ela acrescentou: "Isto é sina, sina que Deus dá pra gente. Se Deus deu isto pra gente é porque tem que ser assim". Comentou ainda que o seu marido era muito violento e que já falou que se houver separação entra a filha e o genro, ele não aceitará a filha de volta em casa, e que seria capaz de matar o casal. Nós então conversamos sobre a violência. Basicamente que não nos traz soluções e sim muitos problemas.

Eu reforcei a importância da sinceridade e de informações corretas, para que eu pudesse trabalhar com a família e que sozinha não iria conseguir modificar o comportamento da sua filha. Por isso estava pedindo a sua ajuda. Queria que ela fosse mais na casa da filha, conversasse com ela, e que cuidasse da segurança do Marcelo. Ela concordou, mas observei que estava muito preocupada com os problemas da filha e os seus próprios.

Plano de Ação para a Visita de 14/09/89

1) Fortalecer a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".

2) Conhecer a vida do casal, suas crenças, valores, símbolos e significado em relação à vida, ao maltrato e o seu futuro. "Papel de técnica".

3) Garantir a segurança da criança maltratada. "Papel de aconselhadora e enfermeira psicoterapeuta".

4) Esclarecer a realidade da situação, suas con-

seqüências, vantagens e desvantagens, assim como, encontrar alternativas para a resolução dos problemas. "Papel de aconselhadora ou enfermeira psicoterapeuta".

Este encontro foi muito tenso, a princípio o pai sentou na poltrona meio desajeitado, parecia irritado, desconfortável e talvez com medo. Sônia também estava assim, eles olhavam para as paredes, para o chão e não olhavam para os meus olhos. Eu também estava preocupada, e não sabia por onde começava a conversa, mas gostaria que ela fosse franca, sem agressão e que todos colocassem os seus sentimentos e idéias bem claramente. E foi dizendo isto que resolvi começar para que pudéssemos encontrar as soluções para os problemas.

Perguntei o que nós iríamos fazer para resolver a situação, porque assim como estava não poderia continuar. Eles não sabiam o que fazer. Então, Ricardo disse que, se fosse para o Marcelo sair de casa, o casal iria se separar. Ele ficaria com o menino e Sônia ficaria com os outros dois.

Explorei como ele iria fazer para cuidar do Marcelo e trabalhar, ele resistiu bastante nas respostas mas concluí que ele deixaria com uma irmã durante o dia. À noite e nos finais de semana iria passear com seu filho. Sônia imediatamente protestou, porque se fosse para ele fazer isto, então ela deixaria o filho na casa da mãe e faria a mesma coisa, iria lá para passear com o filho.

Investiguei se ele se achava um bom pai. Concluí que pai para ele, era aquele que não deixava faltar nada e passeava com os filhos. Questionei se ele alguma vez ou quantas vezes, fez comida, alimentou, banhou ou cuidou do Marcelo quando ele estava doente. As respostas foram negativas, apenas afirmou que alimentou 4 (quatro) ou 5 (cinco) vezes esta criança. Perguntei se ele gostava do Marcelo, e ele respondeu

afirmativamente. Eu expliquei que, se ele pretendia ficar com a posse do Marcelo e respondesse da mesma forma como o fez neste momento, com certeza, o juiz não iria permitir que ele ficasse com a criança e nem a esposa. O juiz iria doar esta criança para outra família.

Então explorei qual era o seu comportamento quando ele observava a Sônia maltratando o Marcelo e ele imediatamente respondeu que "batia nela", e que já fez isto várias vezes. Expliquei que esta não era a melhor forma de resolver o problema, porque violência gera violência. Como eles afirmaram que não conversavam sobre os maus-tratos, perguntei para Sônia o que ela sentia quando batia no Marcelo, ela respondeu que era uma "raiva enorme e que não pensava em nada". Disse também que depois ficava com "remorso", porque não gostaria de fazer isto e que ficava com pena da criança.

Expliquei que ficava difícil para eu entender, porque antes a Sônia não sentia nada quando batia no Marcelo, apenas vontade de bater mais. Agora que ela estava modificando o seu comportamento, a família ficaria toda separada. Que eu não estava contra e nem a favor de ninguém, somente queria entender e tentar resolver a situação.

Investiguei se eles gostavam um do outro, a resposta foi afirmativa, e se os dois conseguiriam viver separados. Então a resposta foi negativa. Questionei como eles iriam conseguir viver separados e gostando um do outro? Neste momento, eles discutiram bastante, houve muitas acusações e eu tentei ser imparcial para conhecer melhor o casal. Levantei a questão da importância do diálogo entre o casal e a participação efetiva do casal na educação e cuidado dos filhos. Ficou bastante claro que o casal gostaria de continuar junto, mas que eram imaturos e não discutiam os seus problemas,

para que juntos tomassem uma decisão.

Ricardo não conseguia entender o porquê do comportamento de Sônia era diferente em relação ao Marcelo. Expliquei quais eram os motivos que havíamos encontrado, tentando justificar as causas. Sônia ajudou confirmando e falando sobre isto. Ricardo ficou surpreso e questionou mais coisas. Eu continuei dizendo o que nós havíamos feito até o momento, quais seriam os passos seguintes e a importância da participação do pai para que tivéssemos sucesso neste trabalho.

Nós discutimos a possibilidade de conseguir um tempo maior para que o trabalho continuasse. Então deixei bem claro que precisava de garantias como: que o trabalho seria realizado com a participação do casal; que "nós" iríamos encontrar as soluções porque eu não tinha "fórmulas mágicas" para isto, e que deveria haver total segurança para o Marcelo.

Eles concordaram imediatamente com a proposta, mas eu não aceitei. Pedi que eles pensassem sobre isto separadamente e depois os dois conversassem. Porque isto não era uma coisa assim tão fácil, que nós teríamos problemas e que devíamos estar dispostos a enfrentá-los.

Expliquei, ainda, que depois da resposta consciente dos dois eu teria que solicitar ao CEPAM um tempo maior, e que talvez isto não fosse possível. Esta possibilidade também deveria ser pensada.

Então combinamos que o Marcelo ficaria com eles. Porque garantiram que ele seria bem tratado, e eu voltaria no domingo para saber qual seria a resposta. Eles me convidaram para almoçar no domingo e eu aceitei.

No final todos nós estávamos mais tranquilos, Ricardo lembrou que havia comprado morangos e pediu para a esposa servir. Comemos e conversamos sobre outras coisas, depois fui

embora reforçando que gostaria que eles realmente pensassem muito bem sobre tudo que conversamos.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram desenvolvidos todos os itens do plano de ação, 1,2,3 e 4.

2) A enfermeira realizou as seguintes intervenções:

- a) Esclarecendo os motivos que levam a mãe ao maltrato e a proposta de assistência da enfermagem. "Papel de aconselhadora ou enfermeira psicoterapeuta";
- b) Estimulando a interação familiar e extra-familiar. "Papel de aconselhadora ou enfermeira psicoterapeuta".

Avaliação

Foi muito bom o que aconteceu, agora, sim, considere o meu trabalho com a "família". Antes disso nós estávamos numa relação de agente agressor, filhos e enfermeira trabalhando efetivamente. E havia uma relação muito superficial com os outros familiares e vizinhos. Mas acreditava que isto poderia ter acontecido sem que fosse necessário a reincidência dos maus-tratos. Era possível que agora estivéssemos no caminho certo, para que existisse uma interação familiar e extra-familiar de aproximação. Podia-se afirmar, que o tempo era necessário para que isto acontecesse.

Foi muito difícil para mim esta etapa porque não sabia o que iria acontecer e isto é extremamente angustiante. Sentia muita falta de uma equipe multidisciplinar, pois ela era importante no trabalho com famílias abusivas.

Tinha dúvidas se estava agindo corretamente, me questionei bastante se era por causa do meu trabalho de dissertação ou se era porque existiam perspectivas de mudança de

comportamento, através da interação familiar e extra-familiar de aproximação. Acreditava que a minha experiência de vida influenciava bastante, mesmo não tendo filhos e marido, partilhava dos problemas de muitos casais e isto era uma base boa que eu tinha. Eu também não me conformava em entregar o caso para que o juiz decidisse, porque acreditava que muito já havia sido feito e muito ainda teríamos para fazer, assim como, o tempo ainda não foi suficiente. Tínhamos apenas 5 (cinco) meses de trabalho, e, conforme bibliografia, o tempo de trabalho para que haja mudança de comportamento era de 2 anos e meio. Isto influenciou muito nas minhas reflexões sobre a situação apresentada.

Apesar de não saber o que iria acontecer, no fundo era isso mesmo que eu gostaria que acontecesse. Que a família tomasse consciência de um trabalho conjunto, com responsabilidade, com confiança, com muito amor e com vontade de acertar. Acreditava que a família iria aceitar a proposta e iria tentar acertar. Talvez acontecesse uma relação de dependência entre a família e a enfermeira, mas conforme bibliografia isto era normal e em 6 (seis) meses no final do trabalho irá acontecer a independência novamente.

Preocupe-me muito com o meu lado emocional, para que ele não dominasse o meu lado racional. E tentei demonstrar para a família estes dois lados que possuímos e que devemos usá-lo na solução dos nossos problemas. Acreditava que o equilíbrio entre o emocional e o racional seria o ideal nas tomadas de decisão da nossa vida.

O Diagnóstico de Enfermagem continuava igual ao anterior, mas com perspectivas de melhorar o grau de dependência e o risco de reincidência dos maus-tratos.

A reação do pai em relação ao maltrato praticado

pela mãe, era de agredi-la física e psicologicamente, e sabia-se que esta reação aumentava a agressividade da mãe. Tentei reverter este quadro de violência.

Acreditava que a mudança de comportamento deveria acontecer com o casal, e não somente com a mãe, pois havia possibilidades de que isto acontecesse.

O trabalho da enfermagem neste momento foi realizado com a família, realmente, pois existiu, também, a participação do pai.

Plano de Ação para a Visita de 17/09/89

1) Fortalecer a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".

2) Participar do almoço com a família e conhecer a decisão dos pais em relação à situação de maltrato que aconteceu. "Papel de técnica".

3) Reforçar a importância da participação do casal na resolução do problema. "Papel de aconselhadora ou enfermeira psicoterapeuta".

4) Observar o comportamento familiar. "Papel de técnica".

5) Obter garantias da segurança da criança maltratada. "Papel de aconselhadora ou enfermeira psicoterapeuta".

Conforme havíamos combinado, fui para almoçar com a família e saber se estavam dispostos a continuar todos juntos e tentar modificar a situação que se havia apresentado. Ricardo estava assando carne, frango e salsicha numa churrasqueira de ferro pequena, que foi colocada no pátio da casa. Sônia estava fazendo arroz, macarrão e uma maionese muito gostosa. As crianças brincavam e exigiam atenção o tempo todo. Havia um senhor de meia-idade (talvez uns 40 e poucos anos),

viúvo, amigo do casal, e uma irmã de Ricardo, que também foram convidados para o almoço.

Durante o preparo do almoço, a conversa foi bastante informal, os assuntos foram gerais, mas importantes para que se pudesse conhecer o dia-a-dia familiar, seus interesses, preferências e dificuldades. O casal parecia satisfeito e mais tranqüilo.

O almoço aconteceu em parcelas. As crianças foram as primeiras a almoçar, depois os homens e, após, as mulheres. Isto aconteceu porque não havia louça, talheres e cadeiras para todos.

Após o almoço, as crianças foram brincar novamente, os homens foram para a sala e enquanto a cunhada da Sônia fazia um bolo, eu lavava a louça e Sônia atendia as nossas solicitações.

Somente após a saída das visitas, fiquei sabendo que o casal aceitou a proposta de tentarmos mais algum tempo para que a situação de maltrato fosse modificada. Foi reforçada a importância da participação do casal para a resolução do problema e a mudança do comportamento dos dois para que houvesse segurança da criança maltratada e uma interação familiar de aproximação. O casal concordou com isto e também em fazer o possível para que o CEPAM aceitasse esta nova tentativa.

Sônia disse que o marido estava auxiliando bastante em casa e que ela tinha conseguido controlar a sua agressividade. Eu enfatizei a importância dela ver o filho de maneira diferente e que lembrasse sempre que este filho não tinha culpa pelo que aconteceu na sua vida.

Eles demonstraram interesse em modificar as suas vidas, então eu fui até a casa do pai de Ricardo para conversar um pouco, e depois vir embora.

D. Carmem não acreditava na mudança de comportamento do casal, achava que isto era por três ou quatro meses e depois o maltrato iria acontecer novamente. Eu reforcei a importância da ajuda e oportunidade que deveríamos dar para as pessoas mudarem o seu comportamento, assim como, deveríamos pensar positivamente. Então isto poderia acontecer. Conversamos mais algumas coisas e depois eu fui embora.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram desenvolvidos todos os itens do plano de ação, 1,2,3,4 e 5.

2) A enfermeira realizou, ainda, a seguinte intervenção: a) Promovendo a interação familiar e extra-familiar. "Papel de agente socializadora".

Avaliação

Fiquei satisfeita com a decisão do casal e acreditei que poderíamos modificar a situação. Estimulei bastante a família para que isto acontecesse, porque acreditava que pessoas bem estimuladas tinham maiores possibilidades de alcançar o objetivo que pretendíamos.

A família queria que eu me comportasse em sua casa como uma visita, ou seja, não fizesse nada. Mas eu fiz questão de auxiliar nas tarefas domésticas e atender as crianças, porque achei que facilitaria a interação enfermeira e família.

Eu fiquei um pouco insegura com a responsabilidade de pedir um tempo ao CEPAM, e não haver garantias para a segurança da criança maltratada e para a minha pessoa. Então pensei em fazer um termo de compromisso para que a família assinasse o que ela se propôs a fazer. Isto porque, um contrato verbal não nos daria garantias caso houvesse uma reincidência

do maltrato e uma ação judicial. Minha orientadora de dissertação reforçou a importância de um contrato por escrito, para que a família tivesse maior responsabilidade e que houvesse segurança minha e da criança.

Então fui ao CEPAM (20/09/89), expliquei o que havia acontecido e decidimos que iríamos fazer uma "ADVERTÊNCIA ESCRITA", pois já foram realizadas duas advertências verbais. E que a família iria ser conscientizada, quanto ao risco da perda do pátrio poder, caso acontecesse reincidência do maltrato.

Com isto, fiquei mais tranqüila e gostei muito de ouvir da assistente social o seguinte: "O que você está fazendo é o ideal, ou seja, integrar mãe e filho na família. Quem dera nós pudéssemos fazer isto com todos os casos de maltrato". Eu me senti estimulada em continuar o trabalho, pois acreditava que um dia todas as famílias maltratantes poderão ser assistidas adequadamente.

Nós conversamos sobre isto e depois eu peguei as intimações para levar para o casal, marcando dia e hora para que eles compareçam ao CEPAM e assinem as "ADVERTÊNCIAS".

No diagnóstico, percebi mudança apenas na interação familiar e no controle da agressividade do casal. Portanto, não sentia necessidade de descrevê-lo na sua íntegra novamente. O grau de dependência também modificou muito pouco. Observei que a tendência era de melhorar o diagnóstico, mas não neste momento, talvez no próximo encontro.

A interação do casal parecia mais harmoniosa e percebi a mudança de comportamento de ambos, conseqüentemente havia maior segurança no tratamento com a criança maltratada.

Plano de Ação para a Visita de 20/09/89

- 1) Continuar a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".
- 2) Observar o comportamento familiar. "Papel de técnica".
- 3) Entregar as intimações para que o casal compareça ao CEPAM e assine as "ADVERTÊNCIAS". Explicando a finalidade e a importância do mesmo e do comparecimento. "Papel de técnica".

Cheguei na casa da família e encontrei Sônia fazendo o jantar, Vicente e Marcelo estavam dormindo, Jorge estava brincando, e Ricardo tomando banho.

Brinquei com Jorge enquanto Sônia contava sobre a sua consulta mensal, hoje ele completava 8 (oito) meses e estava tudo bem. Marcelo e Vicente irão fazer exames de fezes, conforme minha orientação e solicitação médica. Contou que as crianças faziam "cocô" diariamente, mas hoje que precisou colher para fazer os exames, eles não fizeram. Nós conversamos sobre isto e então orientei sobre a coleta das fezes.

Ricardo entrou em casa (o banheiro era fora de casa), sem camisa e dizendo que estava com dor de garganta. Eu orientei os cuidados que deveria ter e a importância do uso de uma camisa após o banho, pois ele seguidamente também estava com problema pulmonar.

Eu entreguei e expliquei sobre a intimação, para que comparecessem e assinassem a advertência, assim como sobre a nossa conquista em obter mais tempo para que houvesse mudança de comportamento com a continuação da posse da criança maltratada. Sônia abriu a intimação rapidamente, leu e continuou a fazer o jantar. Ricardo não abriu, parecia irritado e começou a falar sobre os problemas que tinha no seu trabalho e ainda

teria que vir para resolver o problema no CEPAM. Eu investi- guei sobre os seus problemas, deixei-o falar bastante e de- pois tentei mostrar que ele não era a única pessoa que tinha problemas. Na nossa vida tínhamos muitos problemas e era muito difícil ficarmos sem eles. Quando resolvemos um problema, lo- go aparecem outros, que devemos ter coragem para enfrentá- los, e que nada era impossível quando realmente desejássemos alcançar. Ele ficou mais calmo e os dois concordaram em com- parecer no CEPAM na sexta-feira à tarde.

Então Ricardo começou a perguntar sobre o comporta- mento das crianças. Eu investiguei sobre o que ele gostaria de saber e então expliquei que muitas situações faziam parte do crescimento e desenvolvimento das crianças. Que nós também fomos crianças e muita coisa também havíamos feito e isto era perfeitamente natural.

Depois chegou um irmão de Ricardo, ele brincou com o Jorge e nós conversamos sobre as "gracinhas" das crianças. Eu então falei que as crianças não nos trazem apenas proble- mas e sim muitas alegrias. Bastava sabermos promovê-las e a- proveitá-las.

Eu estimulei a interação entre eles, reforcei que nos encontraríamos no CEPAM e depois fui embora.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram desenvolvidos todos os itens do plano de ação, 1,2 e 3.

2) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções: a) Estimulando o desenvolvimento da criança. "Papel de mãe-substituta";

b) Orientando os pais sobre o crescimento e o desenvolvimento das crianças. "Papel de professora";

c) Esclarecendo as dúvidas dos pais (ex: disputa entre as crianças, etc.). "Papel de professora".

Avaliação

Foi muito bom conversar com os pais sobre os problemas que eles enfrentavam na educação dos seus filhos, isto auxiliava bastante na interação familiar. Acreditava que quando eles entendessem as fases de crescimento e desenvolvimento dos filhos, teriam maiores oportunidades de resolver as situações que se apresentassem.

Gostei, também, de ouvir o pai falando de seus problemas no trabalho, porque desabafar nossas angústias era muito bom e partilhar era muito importante.

Ainda não existiu muita mudança no diagnóstico, por isso não foi descrito novamente.

Parecia que existia mudança no comportamento do casal, mas não podia afirmar isto ainda.

A interação enfermeira/família era boa.

Observação

Este encontro com a família foi realizado no CEPAM, com a finalidade de testemunhar o compromisso da família em relação à segurança da criança maltratada e a mudança de comportamento do casal. Não foi realizado o processo em todas as suas fases, porque não houve necessidade.

Sônia chegou no horário certo, vestia uma saia "jeans", camiseta, cabelo limpo e bem penteado, e nos lábios usava batom, ela estava muito bonita. Ela tinha nas mãos dois envelopes, pensei que fossem as cartas de intimação. Parecia bastante nervosa, percebia-se que estava trêmula pelo balanço dos envelopes. Ela se sentou na ponta do sofá, apoiou os coto-

velos nos joelhos e quase não olhava para nós.

Sônia explicou que o marido iria depender do ônibus, mas acreditava que ele viria logo. Enquanto as assistentes sociais conversavam entre si, Sônia mostrou os exames das crianças (os envelopes que estavam na sua mão). O resultado do exame de Vicente não acusou nada e o do Marcelo raríssimos ovos de entamoeba. Então expliquei que não estava entendendo porque o Marcelo algumas vezes apresentava o abdômen distendido e que isto deveria ser investigado. Sônia comentou que não confiava no pediatra que levou os meninos e que levará o resultado do exame para o pediatra do Jorge. Eu estimulei para que ela fizesse isto, porque era importante que tivéssemos confiança no profissional. Ela falou, ainda, que deixou as crianças com a vizinha.

A assistente social pegou o prontuário do Marcelo e começou a fazer perguntas que Sônia respondia, mas muito nervosa. Sônia disse que o relacionamento dela com o filho tinha melhorado desde que o nosso trabalho começou, mas que ainda não gostava do Marcelo da mesma forma que gostava dos outros filhos. Que as crianças brigavam muito entre si e isto a "incomodava muito". Mas que queria um tempo maior, porque acreditava que iria conseguir melhorar o seu relacionamento com o filho.

A assistente social falou sobre as conseqüências do maltrato, reforçou que quanto mais o tempo passasse e a situação não se modificava, mais iria prejudicar o desenvolvimento da criança. Ressaltou a importância de um bom relacionamento entre mãe e filho.

Sônia olhava o tempo todo para a porta para ver se o marido estava chegando. Ela afirmou, que não quer doar o filho porque sentia muita falta dele quando ele saía, e que que-

ria melhorar o seu comportamento com o filho.

Quando Ricardo chegou, a assistente social solicitou que Sônia esperasse lá fora enquanto ela falava com o marido. Ela perguntou sobre a esposa e o filho, então Ricardo disse que estava melhor e que acreditava que iria melhorar. Ela reforçou que estávamos preocupados com a criança e as consequências do maltrato.

Sônia e Ricardo foram informados sobre o Código de Menores, Lei 6.697, de 10 de outubro de 1979, e que neste momento faríamos uma Advertência escrita, mas se houver a reincidência do maltrato, a perda do pátrio poder será inevitável.

Ricardo assinou uma advertência dizendo que espancava a esposa, mas afirmou que era um bom pai. Sônia assinou que maltratava seu filho psicologicamente, principalmente dando preferências para os outros filhos e não atendendo as necessidades básicas de Marcelo. Eu assinei as duas advertências como testemunha. Depois fomos embora.

Eu reforcei ao casal que a lei era bastante rígida, mas que poderiam contar com a minha ajuda, pois Ricardo solicitou que eu não deixasse de visitá-los.

Ricardo foi fazer alguns negócios que precisava e eu e Sônia fomos até a parada de ônibus. Enquanto ela esperava o ônibus, eu disse que a presença do casal no CEPAM demonstrou que eles gostavam do Marcelo e que fariam o possível para permanecer com a posse da criança. Que tinha esperança que o círculo vicioso de filho maltratado ser um futuro pai maltratante, iria ser quebrado. O ônibus chegou, ela convidou-me para ir até a sua casa novamente, e então nos despedimos.

Plano de Ação para a Visita de 26/09/89

1) Fortalecer a interação enfermeira/família. "Papel

de técnica".

2) Verificar a mudança do comportamento familiar e a reação quanto às Advertências escritas. "Papel de técnica".

3) Saber da saúde dos membros da família e saúde familiar interacional. "Papel de técnica".

4) Felicitar o filho mais velho pelo aniversário que será amanhã. "Papel de mãe-substituta".

5) Continuar o trabalho proposto de mudança de comportamento do casal. "Papel de professora".

Havia visita na casa de Sônia, era uma amiga com seus dois filhos. As crianças maiores estavam no pátio brincando, e eu fiquei ali brincando com eles. Marcelo me recebeu de braços abertos e veio para o meu colo dando beijos. Vicente apenas me beijou e continuou a brincar com o outro menino. Como amanhã será o aniversário de Vicente (4 anos), levei dois carrinhos iguais mas de cores diferentes, sendo que um era para o Marcelo. Entreguei os carrinhos e expliquei porque estava fazendo isto. Eles conversaram e pediram explicações de como brincar com os carrinhos, me abraçaram e agradeceram.

A amiga de Sônia falou que estava adorando ver a minha paciência e disposição em brincar com as crianças e que certamente eu não tinha filhos. Depois justificou que era sempre assim quando não tínhamos filhos, depois de tê-los a gente cansava com eles o dia todo e não tinha disposição como antes. Sônia concordou com a amiga e disse que depois de termos filhos era tanta coisa para fazer que era mais difícil termos paciência e disposição para brincar com eles. Então eu disse que acreditava que não iria mudar depois de ter os meus filhos, porque eles nos davam muitas alegrias, que a criança era vida, amor, descobertas constantes, etc. Que acreditava que criança era uma das melhores coisas da vida, tanto "SER" cri-

ança, como "TER" crianças. Elas concordaram comigo e a amiga de Sônia acrescentou, que não sabia o que faria se por acaso perdesse um dos seus filhos, porque eles eram tudo para ela.

Neste momento Sônia ficou calada e eu acrescentei que os filhos nos dão muito mais alegrias do que problemas, bastava saber perceber. O importante era valorizar, tratar bem das crianças porque as vantagens eram muitas e era uma pena que existiam pessoas que só percebiam isto depois que perdiam os seus filhos.

Conversamos sobre vários assuntos, então surgiu a pergunta de como era feito um enxerto. Antes de responder investiguei melhor e soube que o menino de 11 meses da amiga de Sônia, possuía uma mancha preta no braço esquerdo, que estava inflamando e formando feridas, o médico estava tratando e iria fazer análise do tecido e enxerto. Eu expliquei o que estava ao meu alcance, inclusive sobre anestésicos, pois ela também queria saber. Depois disso, ela resolveu ir embora porque gostava que as crianças estivessem banhadas quando seu marido chegasse em casa. Sônia estava chateada por não poder fazer o mesmo, devido à falta d'água.

Mas nós não conseguimos conversar porque chegou uma vizinha com as crianças e as crianças brincando com os brinquedos nos atrapalhavam o tempo todo.

Depois que eles saíram, eu soube que na família estava tudo bem, tudo tranquilo. Sônia contou e mostrou que tinha uma mancha nas costas e que o Marcelo possuía uma semelhante, e no mesmo local. Aproveitei e reforcei o quanto o Marcelo se parecia com ela, pois além da mancha ele tinha olhos, testa e comportamento semelhante ao seu, e que estes seriam bons motivos para que ela olhasse para a criança com maior carinho e atenção. Ela concordou e sorriu.

Depois Sônia comentou algumas coisas sobre o sogro e a sogra e eu tentei explicar o porquê do comportamento deles, e que ela deveria ter um bom relacionamento com eles. Ela entendeu e também concordou.

Como chegou a água, eu a auxiliei no banho das crianças, ficando com uns enquanto ela banhava os outros. Depois fui embora.

Passsei na casa dos pais de Ricardo e novamente tentei estimular a interação entre eles, mas a resistência destes era maior, pois não acreditavam na mudança de comportamento do casal. Eles contavam histórias do passado e do presente e eu tinha dificuldade em perceber o que estava acontecendo de fato neste momento. Conversamos um pouco sobre outros assuntos e então nos despedimos.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram desenvolvidos todos os itens do plano de ação, 1,2,3,4 e 5.

2) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções: a) Dialogando e brincando com as crianças. "Papel de mãe-substituta";

b) Orientando sobre cuidados de saúde, anestésicos e enxerto. "Papel de professora";

c) Valorizando e estimulando a interação entre adultos e crianças, assim como, a interação extra-familiar. "Papel de professora".

Diagnóstico Provisório de Enfermagem

A "interação familiar" era de distanciamento, pois o relacionamento entre os membros da família não era totalmente direto e favorecendo o crescimento e desenvolvimento dos

indivíduos. "Pontuação 1 (um)".

A "interação extra-familiar", oscilava entre o distanciamento e conflituosa. Com algumas pessoas ainda existia conflito e com outras ela estava favorecendo uma aproximação. "Pontuação 2 (dois)".

A "definição da situação" pela família era que reconhecia parcialmente a sua agressividade, pois estava conseguindo evitar o maltrato. "Pontuação 1 (um)". "A definição pela enfermagem", também não se podia afirmar se a família reconhecia parcialmente ou não a sua agressividade. "Pontuação 2 (dois)".

Portanto, o total de pontos era 6 (seis) e significava, "Grau de Dependência 2 (dois)", ou seja, a família necessitava da assistência de enfermagem e a situação era de risco para a reincidência do maltrato.

Avaliação

A mãe parecia mais tranqüila, e isto era importante para que assistisse às crianças adequadamente.

Achei que foi muito bom este encontro, apesar das constantes interrupções e presença de outras pessoas no lar.

Precisava de algumas pessoas que fossem meus "vigilantes", ou seja, que observassem o comportamento da família e me passassem as informações com coerência, reais e atuais. Essas pessoas não saberiam que eram os vigilantes, mas deveriam ser pessoas de confiança. Sentia necessidade disso, para que não fosse necessário a minha presença tão freqüente na casa da família e para que a dependência deles não ficasse muito grande. Eu procurei por algumas pessoas mas não consegui conversar com elas, por motivos de ausência no lar ou por estarem ocupadas naquele momento. Continuarei tentando.

Apesar da visita ter sido feita em horário que permitia a presença do pai da criança maltratada, isto não foi possível porque ele não havia chegado em casa ainda.

Percebia que a situação de maltrato tinha possibilidades de ser modificada e pretendia alcançar este objetivo, através da estimulação da interação familiar e extra-familiar.

A interação enfermeira/família era uma relação de confiança e compreensão, onde a mãe abusiva falava sobre suas idéias, crenças, valores e fatos que aconteciam na sua vida diária. Com isto, facilitava as orientações e, conseqüentemente, a mudança do seu comportamento abusivo.

Plano de Ação para a Visita de 04/10/89

1) Fortalecer a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".

2) Contactar com familiares para pedir auxílio na promoção da interação familiar e extra-familiar. "Papel de professora".

3) Conseguir vigilantes do comportamento familiar. "Papel de técnica".

4) Conversar com a família sobre as suas necessidades atuais. "Papel de técnica".

Neste encontro existiram dois momentos, o primeiro foi a visita para uma irmã de Ricardo e o segundo, a visita para a família maltratante.

No encontro com a irmã de Ricardo, conversamos bastante sobre a família da criança maltratada, onde confirmei várias informações e soube que esta criança estava sendo bem cuidada e brincava o dia todo fora de casa com o irmão mais velho.

Durante a conversa, estimulei a interação, esclareci

as diferenças que existiam entre as pessoas e a oportunidade que deveríamos dar às pessoas para crescerem e amadurecerem. Expliquei que gostaria que ela e a família tentassem aceitar algumas coisas e, principalmente, que esquecessem as mágoas do passado e tentassem ver um futuro mais alegre e diferente do que existiu até o momento. Disse também que gostaria que ela fosse mais assiduamente na casa de Sônia e que auxiliasse na interação familiar e extra-familiar de aproximação.

Ela colocou que tinha dificuldades com a madrasta e que não suportava a maneira como ela cuidava da casa e das crianças. Eu expliquei que estava tentando estimular a madrasta a ter mais cuidados com a higiene pessoal e da habitação, mas que havia resistência na mudança deste comportamento e que, com o tempo, isto talvez fosse modificado.

Quando conversávamos, o Ricardo chegou na casa da irmã e perguntou se eu iria na sua casa depois. Eu respondi afirmativamente e então ele falou que logo iria para casa também. Ele comentou que estava com dor de garganta novamente e nós conversamos sobre isto e sobre o estado de saúde de outra irmã dos dois. Eu orientei vários cuidados neste momento. Depois o Ricardo saiu.

Quando eu me despedi, ressalttei que contava com o apoio deles, fui convidada para retornar, eu aceitei e farei isto.

Quando estava chegando na casa de Sônia, ouvi-a cantando na cozinha e preparando o jantar. Vicente e Marcelo já estavam dormindo, porque não o fizeram à tarde, mas Jorge estava brincando no chão. Brinquei com ele, enquanto Sônia contava que tinha ido ao ortopedista, fez um raio X e estava fazendo fisioterapia devido a problemas na coluna.

Ricardo chegou e foi para o banho. Sônia contou que

seus pais continuavam brigando e que talvez se separassem novamente. Ela acreditava que os pais brigavam por qualquer coisa e por isto estão sempre se separando e voltando a viver juntos.

Quando Ricardo voltou do banho, novamente estava sem camisa, eu orientei que ele deveria fazer um esforço para modificar este hábito, pois era importante para a sua saúde. Nós estávamos num período do ano de grandes oscilações da temperatura, e existiam dias que eram muito frios para que pudessemos sair de um banho quente para outro lugar onde a temperatura era baixa.

Ricardo falou que não suportava mais viver ao lado da madrasta e que poderia haver conflito se ela não parasse de se preocupar e falar da vida do casal. Comentou que não acreditava que as gêmeas fossem filhas do seu pai, porque o pai tem câncer de pênis e já estava doente há mais de 20 anos. Acrescentou: "Essas meninas não são filhas do pai, tenho certeza. Ela que olhe para o rabinho dela e pare de se meter na vida dos outros".

Eu tentei explicar novamente, que a violência não levava a nada, que não nos deveríamos preocupar com boatos, e que quanto mais amor nós déssemos para as pessoas, mais amor nós iríamos receber e com o ódio era a mesma coisa. Portanto, deveríamos fazer e pensar coisas boas, sem nos preocupar para quem.

Continuamos conversando sobre isto e então eles contaram experiências que tiveram. Eu ressalttei a importância do pensamento positivo, da força interior de cada um e sobre a vontade de vencer obstáculos e melhorar a nossa vida. Sônia disse que existia alguma coisa diferente em mim, que percebeu isto desde a primeira visita e que gostava quando eu falava

positivamente e a estimulava a fazer a mesma coisa. Ela perguntou se eu possuía Livro do Chico Xavier ou livros sobre o poder da mente. Eu falei que sim e então me propus a trazer um livro deste autor para eles lerem, e era isto que Sônia queria.

O jantar estava pronto, fui convidada e aceitei jantar com eles, a comida era simples e o tempero de Sônia era muito gostoso. Então conversamos sobre alimentos, as preferências individuais, qualidade e quantidade dos alimentos na vida diária. Observei que Sônia estava modificando, pois havia em resto de sopa de legumes que as crianças comeram no jantar.

Depois conversamos sobre as crianças, pois o Jorge estava acordado e exigia a nossa atenção. Eu estimulei novamente os exercícios que deveriam ser realizados com o Marcelo para que se desenvolvesse mais adequadamente conforme a sua idade. A mãe relatou que estava fazendo e que existia diferença com a criança.

O casal contou que estavam planejando passar o próximo feriadão na casa de uma irmã de Ricardo que residia em outra cidade. Eu estimulei, pois já havíamos conversado num outro encontro sobre a importância do lazer e das férias e há 3 (três) anos que Ricardo não fazia isto.

Ao me despedir, ressalttei a importância de cuidar bem das crianças, pois estávamos investindo em pessoas que no futuro poderiam ser mais felizes do que nós éramos.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram desenvolvidos todos os itens do plano de ação, 1,2,3 e 4.

2) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções: a) Brincando e estimulando o desenvolvimento das

crianças. "Papel de mãe-substituta";

b) Estimulando exercícios para realizar com a criança maltratada para promover o seu desenvolvimento. "Papel de técnica";

c) Ouvindo e discutindo as necessidades dos pais e promovendo a interação familiar e extra-familiar. "Papel de professora e aconselhadora";

d) Orientando cuidados para a saúde. "Papel de técnica".

Avaliação

Os dois encontros foram muito bons, acreditei que a promoção de interação familiar e extra-familiar era viável e iria contribuir à mudança do comportamento da família abusiva.

No contato com a irmã do Ricardo, estimei a interação e demonstrei as diferenças individuais de cada um, assim como reforcei a oportunidade que deveríamos dar para as pessoas modificarem o seu comportamento, que era a longo prazo e necessitava de estímulo.

No contato com a família, fortalecemos a nossa interação, conhecemos as nossas crenças e valores e foi estimulado a interação familiar e extra-familiar. Existia mudança no comportamento da mãe abusiva, pois ela deixava a criança maltratada brincar com o irmão mais velho e a alimentação era mais adequada para a idade das crianças, promovendo assim o seu desenvolvimento e crescimento.

Plano de Ação para a Visita de 11/10/89

1) Fortalecer a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".

2) Emprestar um livro que a mãe abusiva solicitou para ler. "Papel de técnica".

3) Cortar o cabelo da criança maltratada, conforme solicitação da mãe. "Papel de técnica".

4) Saber da saúde dos membros da família. "Papel de técnica".

5) Observar a mudança no comportamento da família. "Papel de técnica".

Cheguei na casa de Sônia juntamente com ela e a sua mãe. A mesa da cozinha estava cheia de roupas que ela vendia, então explicou que estava vendendo anteriormente e que precisou ir na "venda" fazer compras, e por isso estava chegando naquele momento.

Ricardo havia saído com as crianças mais velhas, mas logo retornou, deixou as crianças, e disse que precisava sair novamente.

Então eu cortei os cabelos do Marcelo e tirei apenas algumas pontas do cabelo do Vicente, porque ele também queria cortar mas não havia necessidade. Os dois ficaram muito bonitos e felizes com o cabelo cortado. Enquanto isto, Sônia contou que viajaram no feriadão, que estava muito bom e conheceu algumas cidades muito bonitas. Ela levou o Jorge, mas Vicente e Marcelo ficaram com a sua mãe.

Sônia estava radiante, alegre, apesar da dor nos braços porque carregou o Jorge o tempo todo, estavam nascendo os seus primeiros dentes e "ele estava muito enjoado".

D. Maria reclamou um pouco do trabalho que teve quando ficou com os meninos e falou que hoje faz 24 anos que estava casada. Eu e Sônia a parabenizamos, e ela riu porque achava que foram 24 anos de "pesadelo" que ela passou.

Então eu disse que acreditava que não foram apenas

24 anos de sofrimento, e que existiram coisas boas também, por exemplo, os filhos saudáveis que tinha. E que se tudo fosse sofrimento, ela deveria avaliar com profundidade e tomar uma decisão para finalmente ser uma pessoa feliz. Ela argumentou que: "Não adianta pensar, porque se Deus deu isto prá mim eu preciso agüentar". Ela desviou o assunto perguntando a minha idade e outras coisas de minha vida.

Depois chegou uma vizinha, conversamos bastante e então as duas foram embora.

Sônia contou que na sua casa estava tudo bem, que tem conseguido se controlar e estava gostando mais do Marcelo. Marcelo estava falando mais e ficando mais independente.

Quando estava vindo embora, encontrei D. Carmem em frente à casa e começou a contar histórias do passado do casal. Delicadamente interrompi o assunto, e perguntei se ela havia providenciado os óculos para a sua filha. Ela respondeu que não teve tempo e nem com quem deixar as crianças, por isso ainda não providenciou. Eu fiz algumas sugestões para que ela providenciasse os óculos e ela aceitou. Depois fui embora.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram desenvolvidos todos os itens do plano de ação, 1,2,3,4 e 5.

2) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções: a) Estimulando a tomada de decisão da avó materna da criança maltratada. "Papel de aconselhadora";

b) Estimulando a mudança no comportamento abusivo da mãe. "Papel de aconselhadora".

Avaliação

Foi muito bom o casal ter passeado alguns dias, a

mãe abusiva parecia cheia de energia positiva e isto auxiliava no relacionamento familiar. A avó materna do Marcelo não parecia bem, apesar de estar de aniversário de casamento. Talvez ela se separe novamente e provavelmente esta separação não seria definitiva. O relacionamento do casal era doentio e havia poucas chances de melhorar.

Novamente não consegui conversar com o pai da criança maltratada, mas parecia que estava tudo bem. Ele levou as crianças para passear hoje, isto era bom porque as crianças necessitavam de um contato maior com o pai.

Não se percebia mudança no diagnóstico de enfermagem, mas o relacionamento familiar estava se modificando.

O fato da criança estar mais independente e ter aumentado o seu vocabulário, demonstrava que as orientações estavam sendo realizadas pela mãe.

Plano de Ação para a Visita de 20/10/89

1) Fortalecer a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".

2) Parabenizar a criança maltratada pelo seu aniversário. "Papel de agente socializadora".

3) Observar o comportamento familiar. "Papel de técnica".

Cheguei na casa de Sônia e comecei a cantar o parabéns a você, para o Marcelo que estava fazendo 3 anos, todos eles me acompanharam. Depois entreguei o presente para ele e também para o Vicente, novamente eram brinquedos iguais mas em cores diferentes. Eles ficaram felizes, pois era exatamente o carro que queriam, mas eu não sabia disso. A mãe estimulou-os a agradecer e eles me abraçaram, beijaram, agradeceram e logo foram brincar.

Jorge ganhou um brinquedinho para morder, por causa dos dentes que estavam nascendo e imediatamente ele colocou na boca e ficou mordendo. Ele estava se rolando no chão e com todas as características de que logo iria engatinhar. Conversei com a mãe sobre isto e sobre a necessidade de grades nas portas para ele não cair.

Sônia contou que estava com dificuldade para marcar uma nova consulta com o ginecologista, pois pretendia marcar a cirurgia. Sugeri algumas coisas e ela iria tentar.

Perguntei como eles estavam, e ela respondeu: "Está tudo bem, eu faço de tudo que posso e está melhorando". Isto era real, observei que a criança maltratada foi colocada no seu colo, abraçada, beijada e a mãe conversou naturalmente com a criança.

Ela disse também que o marido tem ajudado bastante, até deitava no chão e brincava com as crianças, e que isto ele não fazia.

Eu estimulei o comportamento do casal porque acreditava que os pais deviam chegar mais próximo dos filhos, participar das brincadeiras e fantasias das crianças, porque era importante para o seu desenvolvimento.

Enquanto eu brincava com as crianças, eu também eduquei-as pois elas exibiam um comportamento "egoísta" e de "birra", em relação aos brinquedos e entre eles. Sônia argumentou que tinha dificuldades naqueles momentos e que gostava de ver como eu me comportava com eles. Nós conversamos sobre isto depois das crianças saírem de dentro de casa.

Ela comentou que achava que iria parar de vender roupa porque se incomodava muito na hora do pagamento. Eu ouvi e não opinei, porque acreditei que ela deveria tomar a decisão.

Disse ainda, que leu pouco do livro que emprestei, mas que estava gostando. Ela só tinha tempo para ler à noite, e, então cansada, ela acabava dormindo.

Conversamos mais um pouco e depois eu fui embora.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram desenvolvidos todos os itens do plano de ação, 1,2 e 3.

2) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções: a) Estimulando a interação familiar. "Papel de professora";

b) Assistindo às crianças no seu desenvolvimento. "Papel de mãe-substituta".

Avaliação

Gostei muito de ver o carinho da mãe com a criança maltratada e com certeza foi uma atitude espontânea e voluntária. Quando fiz a pergunta, eu já tinha a resposta, devido ao seu comportamento anterior. A comunicação verbal e não-verbal realizada em momentos diferentes, confirmava a mudança do comportamento da mãe.

Segundo o relato da mãe, o pai também apresentava mudança no seu comportamento. Estes fatos me estimulavam e demonstravam que isto era possível.

Não tive contato com outras pessoas, para analisar a interação extra-familiar, por isso não realizei o diagnóstico de enfermagem.

Observações

Nas duas próximas visitas, não encontrei a família em casa e por não haver dados suficientes, o processo não foi

realizado . Registrei as visitas, porque elas eram importantes para o conhecimento da realidade familiar, assim como para o conhecimento da interação extra-familiar.

Como era um domingo (29/10/89), Sônia foi passar o dia na casa de sua mãe. Conversei com D. Carmem e brinquei com as meninas que eram muito simpáticas. Ela solicitou que eu cortasse o cabelo das filhas, porque gostou do cabelo de Marcelo e porque tinha dificuldades em sair levando as duas.

Ela contou que na quarta-feira, o Ricardo chegou às duas horas da manhã com um amigo e como sempre aconteceu, a Sônia levantou para fazer o jantar. Ricardo ligou o aparelho de som muito alto e acabou acordando as meninas. Ela fez cama no chão da cozinha e fez as crianças dormirem novamente. Após o jantar, o amigo foi embora e Ricardo e Sônia começaram a discutir, brigaram bastante àquela noite.

Questionei como a Sônia estava cuidando do Marcelo e ela respondeu que estava tudo bem, ela deixava o menino sair para brincar e que não existia problema entre eles.

Disse ainda que no dia seguinte ela falou com Sônia dizendo: "Agora não dá pra mudar, você acostumou o Ricardo e tem que agüentar. Quando ele chega tarde, levanta e faz o jantar sem reclamá, ele tá acostumado". Comentou que Sônia não falou nada sobre isto.

D. Carmem disse que estava cansada deles, que "incomodavam muito" e que se fossem embora desta casa, seria a melhor coisa que lhe poderia acontecer. Eu expliquei que isto era uma fase e que existia possibilidade de melhorar o relacionamento do casal, mas ela não acreditava nisso.

Conversamos outras coisas e depois eu fui embora. Mas eu estava mais tranqüila, porque nesta briga do casal não existia o envolvimento do Marcelo e ele estava sendo bem cui-

dado, mesmo com o conflito existente. Isto demonstrava mudança no comportamento da mãe abusiva, pois há uns tempos atrás ela acabava maltratando a criança. Os jogos e bebida do Ricardo ainda continuavam e influenciavam no relacionamento do casal.

Na próxima visita (03/11/89) não encontrei nem a Sônia e nem a D. Carmem. Conversei com a vizinha de Sônia (D. Neusa), e ela contou que Sônia estava na casa da mãe (D. Maria).

Eu havia conversado com os filhos de D. Neusa e os estimulei para que deixassem de "chupar bico", porque com a idade que eles tinham (4, 6 e 8 anos), acontecia a deformação da arcada dentária. Como eles já estavam com defeito e conversando não adiantou, eu prometi e cumpri após algum tempo que daria carrinhos e boneca para as crianças, se eles deixassem o hábito. Eles estavam usando o bico apenas à noite, mas estavam ansiosos para receber os presentes. Então dei os presentes para ver se com isto deixavam o hábito também à noite.

D. Neusa falou que isto realmente aconteceu, e que estavam eliminando "vermes" pelo nariz e pela boca. Eu orientei os perigos e os cuidados de higiene necessários, assim como o uso de chás e estimulei uma consulta médica, também devido o crescimento das crianças. As crianças apresentavam estatura e peso abaixo do normal para as suas idades e isto deveria ser avaliado. Uma das meninas tinha dificuldades para falar, eu estimulei que a mãe a levasse na APAE para que houvesse tratamento com uma fonoaudióloga. D. Neusa demonstrou interesse e entendimento nas orientações realizadas. A situação das crianças era deficientes, elas não se interessavam e não estudavam, passavam o dia todo brincando na rua em frente à casa. A família tinha dificuldades financeiras e a casa

tinha duas peças, onde moravam oito pessoas, e apenas o pai trabalhava fora.

D. Neusa disse ainda que o Marcelo estava sendo bem cuidado e que o comportamento de Sônia com ele era bem diferente.

Depois disso eu resolvi vir embora e disse para D. Neusa que voltaria mais tarde para visitar a Sônia.

Eu fui também na casa da mãe de Sônia mas não encontrei ninguém em casa.

Plano de Ação para a Visita de 03/11/89

1) Fortalecer a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".

2) Cortar o cabelo das meninas, conforme solicitação da mãe. "Papel de técnica".

3) Observar e auxiliar na mudança do comportamento familiar. "Papel de professora".

Voltei mais tarde na casa da família e cheguei primeiro na casa de D. Carmem para cortar o cabelo das meninas conforme havíamos combinado. Enquanto isto conversamos bastante, como o assunto do momento era a sucessão presidencial, devido às eleições que estavam próximas, ele foi o foco principal da nossa conversa. Eles colocaram as suas dúvidas e preferências em relação aos partidos e candidatos à presidência. Ressaltei que o voto era secreto e que ninguém poderia obrigar o voto da outra pessoa, porque não existiam maneiras para controlar em quem nós realmente votamos. Disse isto, porque eles falaram que precisavam votar em determinada pessoa, porque deviam favores a alguém. E eu acreditava que deveríamos votar em quem confiávamos que seria o melhor para o progresso do nosso país. As meninas ficaram lindas com o cabelo mais curto,

mas não foi fácil cortar, porque não ficavam quietas. Aproveitei para estimular novamente a higiene pessoal e da habitação.

Depois fui na casa de Sônia que estava pronta para sair, mas não o fez porque ouviu a minha voz na casa de D. Carmem.

Perguntei o que tinha feito, pois não a estava encontrando em casa. Ela explicou que no domingo estava na casa da mãe, e que hoje estava dormindo e não ouviu quando bati.

Ela falou com D. Neusa, e esta lhe disse que eu iria demorar para voltar na sua casa porque não a encontrava. Sônia ficou preocupada e pensou em procurar a minha casa para falar comigo e explicar o que estava acontecendo. Eu disse para Sônia que isto não aconteceu. Eu falei que voltaria mais tarde e estava aqui na sua casa, conforme havia deixado o recado. Então conversamos sobre os mal entendidos que podiam acontecer quando transmitimos um recado de forma incorreta.

Sônia falou que não se poderão mudar para a outra cidade como queriam, porque no período de verão os aluguéis eram muito caros. Eles estavam pensando em comprar um terreno que estava à venda próximo dali, e colocar a casa deles. Eu estimorei porque achava importante que eles tivessem uma propriedade e era um bom investimento.

Sônia novamente confirmou que estava tudo bem na sua casa. Vicente e Marcelo estavam na casa da mãe dela e iria até lá para jantar, pois o seu pai estava de aniversário. O Jorge estava lindo, apresentava dois dentes na arcada dentária inferior e na superior estava aparecendo mais um.

Ela explicou porque o casal havia discutido na semana passada. Isto aconteceu porque Ricardo chegou tarde e trouxe um colega para jantar com ele. Ela estava com problema num dente e muita dor na coluna e não gostou de levantar às duas

horas da manhã para fazer o jantar. Então eles discutiram sobre isto, depois que o amigo saiu. Eu estimulei para que o casal conversassem com mais calma quando acontecesse algum problema, para que os vizinhos não soubessem o que estava acontecendo na sua casa.

Ela reclamou que a sogra ficava ouvindo e falando coisa da maneira que ela entendia e achava que era real. Então eu estimulei-a para ver o lado bom disso, porque assim eles poderiam controlar os gritos e conversar com um tom de voz mais adequado. Que este procedimento além de evitar que os outros ouvissem, estaria auxiliando o casal a controlar o tom de voz utilizado. Ela concordou, mas acreditava que seria difícil controlar os gritos, porém iria tentar. Eu exemplifiquei e solicitei que ela tentasse fazer a experiência para saber qual seria o resultado. Disse ainda que, às vezes, a função destas pessoas na vida da gente é fazer com que nós modificássemos o nosso comportamento, e se ela mudasse com certeza seria muito melhor.

Eu levei um livro de presente para eles e abri numa página qualquer para saber o que ele dizia. Então lemos, PASTORINO (1988: 204), "Esteja certo de que a felicidade de sua vida não pode vir de fora. Você só poderá encontrar a felicidade quando souber fazê-la nascer dentro de seu coração, quando aprender a ajudar a todos indistintamente, com suas ações, suas palavras e seus pensamentos. Pense positivamente, desculpando a todos, e sentirá a maior felicidade de sua vida na alegria de viver bem".

Sônia logo fez a associação com o que já conversamos, eu estimulei que lesse uma página por dia, refletisse e que isto iria ajudá-la a enfrentar o seu dia-a-dia.

Como ela queria ir na casa da cunhada e depois jan-

tar com o pai, eu lhe dei uma carona e depois fui embora.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram desenvolvidos todos os itens do plano de ação, 1,2 e 3.

2) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções: a) Conversando com os familiares sobre os seus interesses. "Papel de agente socializadora";

b) Estimulando e demonstrando a mudança do comportamento da mãe abusiva. "Papel de professora".

Avaliação

Era incrível como as pessoas tinham dificuldades em modificar os seus hábitos, por maior que fosse o número de vezes e a qualidade das explicações, mesmo assim eles tinham resistência para mudar. E existiam fatos que comprovavam isto. Porém, era preciso persistência e continuar tentando que poderíamos conseguir modificar. Isto era muito claro quando se falava do comportamento abusivo da mãe, ela realmente estava conseguindo modificar o seu comportamento com o filho. Mas eu preferi fazer uma nova visita e observar os dois para garantir o que estava escrevendo. Também por isto, não fiz o diagnóstico de enfermagem, deixei para a próxima visita, que seria a última visita realizada nestes 7 (sete) meses de assistência que fazem parte desta dissertação.

A interação familiar estava melhorando e com certeza o grau de dependência da família em relação a assistência de enfermagem iria diminuir, assim como a reincidência do maltrato.

A interação enfermeira/família progrediu, nesta visita a mãe abusiva contou os fatos que aconteceram na

família sem necessidade de insistir para que ela falasse. Apenas perguntei como estavam na família e ela contou tudo o que aconteceu. Isto demonstrava confiança e consciência de que estas informações eram importantes para que pudéssemos alcançar o nosso objetivo.

Plano de Ação para a Visita de 16/11/89

1) Fortalecer a interação enfermeira/família. "Papel de técnica".

2) Conversar com a família sobre os seus interesses. "Papel de agente socializadora".

3) Observar e auxiliar na mudança do comportamento familiar. "Papel de professora".

Encontrei Sônia limpando o pátio e as crianças brincando. Enquanto ela terminava as suas tarefas, brinquei com as crianças. O Marcelo estava tentando calçar as sandálias, eu estimulei e observei a sua conquista, ele parecia bem. Vicente brincava calmamente e Jorge estava numa cadeira. Jorge estava com vários dentes nascendo ao mesmo tempo e engatinhando, mas ainda com apoio (sobre o abdome). Reforcei a importância de grades nas portas para ele não cair, pois com o verão seria difícil ficar com as portas fechadas. Ela falou que estava sendo providenciado.

Sônia levou as crianças ao médico e estavam todos bem, o Marcelo não mais apresentou distensão abdominal e a mancha que estava apresentando na pele, era alergia e já estava sendo tratada. Ela achava que Jorge estava muito magro, então expliquei que nesta fase ele gastava mais energia e a estatura aumentava bastante, e por isto tinha impressão que ele estava magro. Mas ele estava bem, isto era apenas preocupação de mãe, pois ele estava se alimentando muito bem.

Ela contou que foi ao ginecologista mas não poderia fazer a cirurgia porque necessitava cauterizar novamente uma ferida uterina. E com o INAMPS em greve, seria preciso aguardar. Ressaltei novamente os cuidados com a anticoncepção, pois ela precisaria ficar sem o anticoncepcional e eles não queriam mais filhos.

Quanto ao Marcelo, ela disse que estava tudo bem, não teve mais problemas. Ele estava falando tudo, algumas coisas eram difíceis de entender, mas seu vocabulário era grande e observei que a sua socialização e independência eram maiores.

A mãe abusiva disse que tinha dificuldades em baixar o tom de voz, porque as crianças eram teimosas e ela precisava repetir as coisa várias vezes. Expliquei que era a fase que eles estavam passando, que ela necessitava continuar tentando e que iria conseguir. Que ela fosse rígida quando necessário mas procurasse controlar o comportamento violento. Ela concordou.

Sônia contou que os seus pais estavam separados novamente, que os dois eram culpados pelo que acontecia e que não sabia se esta separação era definitiva. E ressaltou: "os dois são duas crianças". Eu falei que todas as crianças crescem, e principalmente amadurecem, e era isto que estava faltando para os seus pais, que ela procurasse ajudá-los quando fosse possível, mesmo que continuassem separados ou se juntassem novamente.

Sônia contou que o Ricardo e o irmão acabaram com a sociedade deles, porque brigavam muito, mas que Ricardo já conseguiu outro emprego, iria receber menos, mas daria para viver. Desta vez, iria trabalhar em Tubarão, então poderia ajudá-la mais em casa e não teria tantos gastos com o ônibus

diariamente.

Conversamos sobre outras coisas e depois estimei-a para que mantivesse e melhorasse ainda mais o seu relacionamento com o filho Marcelo, com o marido e seus familiares. Ela argumentou que iria continuar melhorando, pois agora estava se sentindo bem melhor do que se sentia anteriormente.

Depois passei na casa de D. Carmem e ela contou novamente que Ricardo iria trabalhar em Tubarão e que brigou com o irmão, mas que a vida da família estava tranqüila. As suas meninas estavam limpas e lindas, e eu estimei para que continuasse assim.

Na casa de D. Neusa, ela também referiu que estavam todos bem e que ainda não conseguiu marcar as consultas para as crianças. Mas que após o uso de chás e do mel, as crianças não estavam eliminando vermes pelo nariz e boca. Iria continuar tentando marcar as consultas. Então eu fui embora.

Avaliação do Plano de Ação

1) Foram desenvolvidos todos os itens do plano de ação, 1,2 e 3.

2) A enfermeira realizou, ainda, as seguintes intervenções: a) Discutindo as dificuldades que a mãe abusiva enfrentava diariamente com as crianças e explicando as fases de crescimento e desenvolvimento deles. "Papel de professora";

b) Orientando cuidados de saúde. "Papel de técnica";

c) Estimulando o desenvolvimento da criança maltratada. "Papel de mãe-substituta";

d) Promovendo a interação familiar e extra-familiar. "Papel de professora".

Diagnóstico Provisório de Enfermagem

Neste momento o diagnóstico de enfermagem apresentava-se da seguinte maneira:

A "Interação Familiar" era de distanciamento, o relacionamento era direto entre as pessoas da família, onde todos expressavam seus sentimentos de afeto, idéias, crenças e valores mas não era livre de tensões. Portanto, não favorecia totalmente o crescimento e desenvolvimento dos indivíduos. "Pontuação 1 (um)";

A "Interação Extra-Familiar" também era de distanciamento, pois o relacionamento entre os membros da família e o ambiente no qual ela se inseria, não existia um relacionamento aberto e que favorecesse o crescimento de ambos. A comunicação entre algumas pessoas, se restringia a informações e formalidades. "Pontuação 1 (um)";

A "Definição de situação" para a família era, reconhecia totalmente a sua agressividade, onde a família conceituava os tipos de maltrato com a criança e reconhecia a sua atitude, assim como os motivos que a levaram a praticar o maltrato e os meios de evitá-lo. "Pontuação 0 (zero)";

A "Definição de situação" para a enfermagem era, reconhecia parcialmente a sua agressividade. A família conceituava os tipos de maus-tratos com a criança, reconhecia a sua atitude e os motivos que a levaram a praticar o maltrato, mas conhecia pouco sobre os meios que podia utilizar para evitá-lo. "Pontuação 1 (um)".

O número total de pontos era 3 (três), com isto a "grau era 1 (um)", onde a família necessitava de assistência de enfermagem e a situação era de pouco risco para a reincidência do maltrato.

Avaliação

Observava-se que as crianças estavam limpas e usando roupas adequadas para o clima. Marcelo estava brincando no pátio com o irmão, falando bastante e mais corretamente e, ainda, não apresentava marcas de espancamento e nem sinais de ausência dos cuidados básicos. Acreditava que existia progresso, pois a mãe abusiva demonstrava carinho e atenção para com o seu segundo filho e isto era muito importante.

Quanto ao casal, entre eles não existia problema, mas o marido estava mudando de emprego. Talvez esta mudança de emprego facilitasse a resolução do maltrato, pois trabalhando em Tubarão teria mais tempo para participar da família. Financeiramente, o seu salário seria maior do que o mínimo, mas menor do que estava recebendo até o momento. Porém, quando o dinheiro era bem empregado, existia possibilidade deles viverem bem.

O problema conjugal dos pais de Sônia continuava e não se sabia até quando. Pretendia conversar com D. Maria, porque existiu denúncia de maus-tratos com o seu filho no início do nosso trabalho, quando o casal estava separado. Enquanto o casal viveu junto, não houve mais problema, mas agora existia a separação novamente e o maltrato poderia acontecer, assim como acreditava que ela necessitava de auxílio neste momento.

Esta foi a última visita para a dissertação, mas o trabalho com a família não termina aqui, porque 7 meses foi tempo insuficiente para que houvessem garantias da mudança de comportamento e, mais, acreditava que muita coisa ainda existia para se fazer.

VII - AVALIAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL E DO PROCESSO DE ENFERMAGEM.

Neste capítulo, foi realizado a comparação e a discussão da realidade encontrada com os conceitos do Marco Conceitual baseado na Teoria da Interação Simbólica assim como, o processo aplicado na assistência de enfermagem à família da criança maltratada. Encontra-se, ainda, as adaptações e modificações do marco conceitual e do processo de enfermagem, que foram realizadas devido às sugestões da banca examinadora do projeto de dissertação e durante a sua aplicação na prática assistencial. Isto porque, considerou-se necessário para um melhor entendimento deste trabalho com a família e porque auxiliavam no seu desenvolvimento.

a) Marco Conceitual

Durante a assistência, questionamentos e reflexões foram feitas sobre as propriedades, vantagens e desvantagens do Marco Conceitual proposto. Em alguns momentos, estas questões levaram a alterações do marco, ou a reforçar os conceitos emitidos. Um exemplo, foi o conceito de "Interação Simbólica", foco principal do Marco Conceitual. Observou-se que o conceito de "Definição de Situação" era muito utilizado na nossa atuação e isto nos levou a suspeitar que este era o central. Então pensou-se em modificar o marco, mas como gostaríamos de demonstrar a importância da interação na ocorrência dos maus-tratos e afirmar que ele era um dos fatores que influenciava, acreditamos que ele deveria continuar desta forma.

E isto foi possível afirmar, através da história da Interação familiar. Achávamos que a interação dependia do período de conhecimento do casal, ou seja, desde o namoro até este momento.

O namoro de Ricardo e Sônia estava muito bem, até

o momento que surgiram "boatos" de que ele era "vagabundo, namorado e maconheiro". Isto fez com que o pai de Sônia proibisse o namoro deles. Mas eles continuaram namorando escondido e resolveram fugir com a finalidade de ficarem juntos. Este fato fez com que a interação do casal com os familiares ficasse conflituosa. Após algum tempo surgiu o primeiro filho e, logo depois, a segunda gravidez e novos "boatos" surgiram e deixaram a interação do casal com os familiares e com a sociedade, novamente conflituosa. Além disso, esta segunda gravidez não foi planejada pelo casal, a criança nasceu prematura, ficou hospitalizada durante 13 (treze) dias e a interação mãe e filho não foi estimulada. Após o período de hospitalização desta criança, a sua imagem causou impacto negativo na mãe. Aconteceu, ainda, uma queimadura no filho mais velho, que fez com que houvesse um novo afastamento entre a mãe e o seu segundo filho. Devido a todos estes fatores começou a acontecer o maltrato.

Por estes e outros motivos, observou-se que a interação era um dos fatores que levaram a mãe a não gostar do seu segundo filho e, conseqüentemente, a praticar maus-tratos. O relacionamento entre o casal, com os familiares e com a sociedade, não era uma relação positiva, de confiança e de afetividade. Sabia-se que a interação não era a única responsável pela ocorrência dos maus-tratos, mas o Marco Conceitual baseado na Teoria da Interação Simbólica aplicado na prática, auxiliava na compreensão do comportamento desta família.

Portanto, não sentimos necessidade de modificá-lo, talvez isto tenha acontecido porque foi aplicado somente a uma família. A seguir foi comentado cada conceito de acordo com a realidade encontrada e, após, foram realizadas as adaptações necessárias para o seu melhor entendimento.

1 - INTERAÇÃO SIMBÓLICA: Observou-se que as pessoas

não conseguiam definir o comportamento das outras, devido a dificuldades na comunicação aberta e franca entre eles. Com isto, a interação não acontecia como deveria ser, ou seja, eles não colocavam suas idéias, crenças, valores, símbolos e significados, porque algumas pessoas não aceitavam a maneira de pensar e agir das outras. Então preferiam não expor as suas idéias, dificuldades e explicar os seus sentimentos. A mãe abusiva sentia-se e era rejeitada e acusada de maus-tratos, pela família e pela sociedade, e quanto mais isto acontecia, mais ela rejeitava e maltratava o seu próprio filho. O comportamento abusivo da mãe gerava revolta no marido, que então a agredia fisicamente pela sua conduta. Estes fatos faziam com que a mãe ficasse revoltada, assim como, as pessoas do meio no qual a família se inseria. Portanto, a interação familiar e extra-familiar era de distanciamento, e algumas vezes conflituosa. Conseqüentemente, influenciava na Saúde Familiar Interacional.

A interação entre a família e a enfermeira aconteceu durante a prática assistencial, e foi importante para que houvesse a possibilidade de promoção da interação familiar e extra-familiar de aproximação, assim como a definição da situação de maltrato desta família. E, conseqüentemente, a viabilidade de atingir e manter a Saúde Familiar Interacional.

2 - AMBIENTE SIMBÓLICO E FÍSICO: O ambiente, mediado através de símbolos que podem estimular e influenciar comportamentos, é o ambiente simbólico. Os símbolos são importantes para entender significados e valores da família, incluindo todas as circunstâncias que afetam o seu funcionamento e comportamento.

Os símbolos da mãe abusiva eram de possuir uma família onde houvesse muita compreensão e amor, que todos (família dela, família da mãe e família do marido) fossem uma só famí-

lia. Gostaria também de ter muitos amigos, bons vizinhos e um bom relacionamento com todos. Que ela pudesse trabalhar fora e continuar seus estudos, ter um filho só e criá-lo até 6 ou 7 anos, para depois disso ter o segundo filho, assim como o lazer que tanto gostava. Possuir uma boa casa, bem arrumada e com pátio seguro para as crianças brincarem.

O ambiente físico era como se apresentava a realidade familiar. O ambiente da família era de difícil interação, as pessoas não se relacionavam bem e todos tinham vários problemas, não era um ambiente de compreensão e amor. A mãe abusiva trabalhava, mas não era exatamente o que gostaria de fazer, não estudava, teve 3 (três) filhos com um pequeno intervalo entre um e outro e quase não havia lazer, porque não tinha com quem deixar seus filhos. Possuía uma casa pequena, inacabada e não havia um pátio com espaço e segurança para as crianças brincarem.

Este ambiente físico era influenciado pelas condições sociais, econômicas, espirituais e culturais da família e da sociedade, assim como através da interação.

3 - SOCIEDADE: A sociedade influenciava no comportamento da família. O casal foi excluído da família por terem fugido de casa para ficarem juntos, com isto houve o isolamento do casal também dos amigos. A família não participava de grupos comunitários nem de uma instituição religiosa, houve frustrações individuais por mudanças no planos de vida, levando-os ao "stress", perda do controle e, conseqüentemente, ao maltrato. Foi aprendido com seus pais, que bater era uma forma de educar e eles também sofreram maus-tratos na sua infância. A religião e a escola em que participaram, reforçavam a necessidade de bater para educar os filhos. Isto demonstrava que a família foi socializada para alguns símbolos, significados e valores sobre o maltrato. As pessoas que faziam parte da

família e da sociedade, culpavam e rejeitavam a mãe, e isto fazia com que aumentasse a sua agressividade, assim como a ausência do marido e a diminuição de carinho que a mãe recebia também contribuíam.

4 - FAMÍLIA MALTRATANTE: O ser humano aprende a ser social. Como a mãe abusiva sofreu a diferença de tratamento de seus pais com seus irmãos, ela tentou fazer diferente, mas acabou fazendo o mesmo que seus pais. Este fato não era consciente o suficiente para que ela não agisse de forma inadequada. PINCUS & DARE (1981:64), reforçam isto, "as pessoas freqüentemente expressam o seu medo de que nada mudará, que as dolorosas experiências do passado inevitavelmente se repetirão. Na verdade, quanto mais conscientes estes medos são, menor a possibilidade de repetição compulsiva". Portanto, a mãe devido a sua experiência infantil dolorosa, protegia o primeiro filho porque ela era a filha mais velha e foi rejeitada pelos pais. Esta experiência sofrida, foi modificada porque o ser humano é reflexivo e tem capacidade de introspecção. Então, ela rejeitava o seu segundo filho, ou seja, inconscientemente maltratava seu segundo filho, porque na realidade gostaria mesmo era de maltratar os seus irmãos mais novos, devido ao que ela passou e eles não. PINCUS & DARE (1981: 65) novamente reforçavam esta questão dizendo, "Apesar de accidental o fato do bebê ser o mais velho ou o mais novo, o papel que cada um tem na família durante a infância, permanecerá pelo resto da vida afetando os seus futuros relacionamentos". "... A criança que tem a mesma posição na família como os pais tinham tido, ou cuja concepção e nascimento trazem à tona memórias alegres ou dolorosas, ou cujo sexo não é esperado e não é querido, terão significado especial para os pais e provocam diferentes reações".

A família maltratante, devido ao comportamento da

mãe, possuía dificuldades na interação de seus membros. A mãe abusiva agia de acordo com os símbolos, significados e valores de maltrato, que foram aprendidos através da interação na família e na sociedade.

5 - DEFINIÇÃO DE SITUAÇÃO PARA A FAMÍLIA: A família percebia e vivia a dificuldade de interação familiar e extra-familiar, a falta de carinho e compreensão, a rejeição que sofreu e sofre, assim como os seus ideais, expectativas de vida não realizadas, entre outros motivos que estimulavam a mãe a iniciar uma ação de maltrato.

Esta situação de maltrato, talvez não ocorresse se a enfermagem tomasse consciência da importância da interação mãe/filho, desde a concepção, e, principalmente, no nascimento da criança. Se a enfermagem tivesse agido de outra forma, talvez não encontrássemos esta situação tão agravada. Mas ela não promoveu a interação desta mãe com seu filho prematuro. Segundo BOOTEN (1988: 215), "mães jovens podem ser especialmente vulneráveis à ansiedade, depressão e hostilidade quando o seu filho nasce prematuro".

6 - MALTRATO: Existiam dificuldades na interação familiar e extra-familiar, assim como outros fatores que faziam com que o comportamento da mãe envolvesse o uso da força, ataque verbal e a negligência quanto aos cuidados básicos, provocando lesão psíquica e física no segundo filho do casal. O comportamento abusivo da mãe gerava dificuldades na interação do casal e com a sociedade. Este pai acabava provocando lesão psíquica e física na mãe abusiva. Conseqüentemente acontecia um círculo vicioso de agressões, pois a mãe diminuía a capacidade de controle da sua agressividade. A família aprendeu e agiu de acordo com os símbolos, significados e valores do maltrato, adquiridos através da interação da família e na sociedade.

7 - SAÚDE E DOENÇA FAMILIAL INTERACIONAL: Segundo o nosso conceito e de acordo com a realidade encontrada, esta família possuía doença familiar interacional. Isto porque existia a presença de dificuldade na interação, que resultava no comportamento abusivo da mãe com o seu segundo filho, assim como no comportamento abusivo do marido com esta mãe. Observou-se que a doença familiar interacional era influenciada por símbolos, significados, valores da família, profissionais de saúde, ambiente físico e simbólico e da sociedade. A família necessitava da assistência de enfermagem.

8 - ENFERMAGEM À FAMÍLIA MALTRATANTE: O Marco Conceitual baseado na Teoria da Interação Simbólica, o Processo de Enfermagem fundamentado nesta teoria e no processo de enfermagem de Horta, assim como a existência da interação enfermeira/família, foram importantes na assistência de enfermagem à família maltratante. Esta assistência tendo como foco principal a interação, teve como objetivo atingir a manter a Saúde Familiar Interacional. Para que isto acontecesse também foi importante a utilização dos seis subpapeis do enfermeiro para trabalhar com famílias maltratantes sugerido por Peplau.

Observou-se que a assistência de enfermagem era um trabalho que exigia paciência, repetições de orientações, visitas frequentes e um período longo de assistência à família.

Observou-se durante a prática assistencial, que se houvesse um serviço mais estruturado para assistir a estas famílias, poderíamos atingir várias famílias ao mesmo tempo, assim como utilizar outras alternativas de assistência. Segundo BROOME & DANIEL (1987), as formas alternativas de assistência poderiam ser: Grupos de pais anônimos; aulas educacionais; grupos de terapia dos pais e centro de crises. Mas devido ao

pouco tempo que tínhamos para a realização deste estudo, limitou-se a assistência através de visitas domiciliares, mas sentimos que outras alternativas de assistência também seriam importantes.

O Marco Conceitual sofreu algumas adaptações durante a fase assistencial. Foram elas:

1 - A princípio, os conceitos de ambiente físico e ambiente simbólico eram conceitos separados. Mas após reflexões, vimos que um conceito complementava o outro e consideramos desnecessário que continuassem assim. Resolvemos uni-los, permanecendo a essência de cada um dos conceitos.

2 - Também estavam separados os conceitos de ser humano, família e família maltratante mas como um conceito era decorrente do outro, deixamos apenas o conceito de família maltratante, conservando a idéia de cada conceito e interligando-os para que houvesse um melhor entendimento. Por esta mesma razão, foi realizado o mesmo procedimento com os conceitos de enfermagem e enfermagem à família maltratante, permanecendo apenas o último conceito.

3 - Possuíamos um conceito de "Situação de Enfermagem", que foi retirado porque era desnecessário, visto que o trabalho na sua íntegra esclarecia a situação que iríamos enfrentar.

Em resumo, o marco nos pareceu útil na assistência de enfermagem a esta família maltratante, porque estávamos alcançando os objetivos propostos.

b) Processo de Enfermagem

O processo de enfermagem foi muito importante para que a assistência à família acontecesse, sem ele teria sido muito difícil esta prática. Além de favorecer, ele dirigiu as ações da enfermeira para as necessidades específicas da

família.

Utilizamos como base para o processo de enfermagem proposto, o processo de enfermagem de HORTA, com modificações, pois acreditávamos que ele não seria adequado para esta prática por vários motivos, como: por ser muito extenso; e, principalmente, porque o diagnóstico não contemplava especialmente a avaliação da interação, definição da situação, mudança do comportamento abusivo e o risco de reincidência do maltrato.

A seguir, os comentários sobre as fases do processo realizado:

1 - Levantamento dos dados, foi uma fase importante no processo de enfermagem. Ele aconteceu em todas as visitas realizadas, onde eram levantados dados novos e confirmados os dados já existentes. Tentamos trabalhar com todos os membros da família, mas tivemos dificuldades para executar esta proposta. Acreditamos que o tempo era um fator importante para que isto acontecesse, pois percebemos que no final deste trabalho a proposta estava sendo viável.

A operacionalização dos conceitos auxiliou muito para a obtenção dos dados necessários em relação aos conceitos do marco conceitual proposto. Sem ele teria sido mais difícil a interação entre a teoria e a prática.

A entrevista semi-estruturada não foi seguida rigorosamente, mas dirigiu os questionamentos que seriam necessários para as fases seguintes do processo. Os dados da família encontrados no CEPAM, auxiliaram bastante no levantamento.

A observação da comunicação verbal e não-verbal foi muito importante para o melhor entendimento do comportamento e da interação familiar. A princípio foi difícil perceber as contradições entre a comunicação verbal e não-verbal, mas, à medida que o tempo passavam, ficou mais fácil reconhecer o

comportamento e a interação familiar.

O Mapa das Interações da Família com o Ambiente no qual ela se inseria foi útil para que pudéssemos perceber a influência da sociedade no comportamento familiar, assim como, para afirmar que a interação conflituosa era um dos fatores que causavam os maus-tratos.

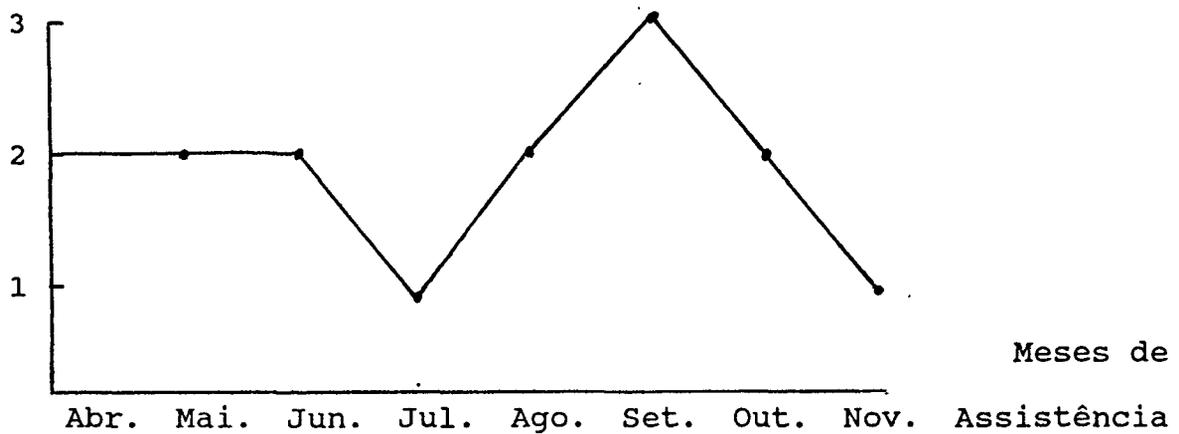
A interação entre a enfermeira e a família, assim como, a enfermeira e a sociedade foram necessárias na coleta dos dados e em todas as fases do processo.

O registro foi realizado logo após a visita para que não houvesse mudança no real significado do evento. Os sentimentos e análises da enfermagem eram descritos separadamente, para que não houvessem distorções das observações. Mas no relato das visitas, foram agrupados para que houvesse um entendimento melhor da visita realizada.

2 - Diagnóstico de Enfermagem, foi importante porque: direcionou as ações da enfermagem para que houvesse uma interação familiar e extra-familiar de aproximação, promovendo o crescimento e desenvolvimento da família e da sociedade; definiu a situação de maltrato fazendo com que a família tivesse conhecimento correto e consciente do seu comportamento inadequado no manejo com a criança maltratada; e quanto ao risco existente para a reincidência do maltrato, demonstrando a importância da assistência de enfermagem.

O diagnóstico oscilou bastante durante o período de assistência, principalmente nos momentos em que surgiram conflitos na interação familiar e/ou extra-familiar. E o grau de dependência da família em relação à necessidade de assistência da enfermagem demonstrou com maior clareza estes fatos. Observa-se melhor através do gráfico a seguir.

Graus de Dependência



Através deste gráfico, observou-se que, no início da assistência, o grau de dependência da família em relação à enfermagem era "Grau 2". Isto demonstrava que a família não estava conseguindo definir a situação de maltrato, a interação familiar e extra-familiar era de distanciamento ou conflituosa, e havia possibilidade de reincidência do maltrato. No mês de julho, o grau era "1", observou-se que a família estava conseguindo definir a situação do maltrato e melhorando a sua interação, e, conseqüentemente, estava melhorando a sua dependência em relação à assistência de enfermagem. Porém, aconteceram conflitos na família e entre a família e a sociedade, a mãe abusiva não estava conseguindo controlar o seu comportamento agressivo e o grau de dependência começou a aumentar. Estes fatos, associados com a diminuição da freqüência de visitas domiciliares da enfermeira, acarretaram reincidência dos maus-tratos. Portanto, em setembro, o "Grau era 3" e aconteceram os maus-tratos da mãe em relação ao seu segundo filho e do marido com a mãe abusiva. Percebeu-se que a reincidência dos maus-tratos coincidia com o grau de dependência, e concluiu-se que nestas situações, visitas domiciliares mais freqüentes seriam necessárias. Após este período, a assistência de enfermagem começou a acontecer com toda a família, os motivos que causavam os maus-tratos ficaram mais claros e a promo-

ção da saúde familiar interacional foi intensificada, para que não ocorresse a reincidência dos maus-tratos. Com isto, observou-se que o grau de dependência começou a decrescer novamente. Portanto, o diagnóstico de enfermagem foi viável na prática e demonstrava a possibilidade de reincidência dos maus-tratos, assim como a necessidade da assistência de enfermagem à família maltratante.

3 - Plano de Ação e Intervenção, a assistência de enfermagem foi prestada segundo o diagnóstico que estabelecia as ações prioritárias que deveriam ser realizadas, assim como utilizando os subpapéis sugeridos por PEPLAU conforme a situação se apresentava. O objetivo a curto prazo do plano de ação foi alcançado, ou seja, a família reconheceu o seu comportamento abusivo. O objetivo a médio prazo estava sendo realizado, pois estávamos encontrando maneiras para que a família modificasse o seu comportamento.

Os seis subpapéis da enfermeira na assistência da família não foram empregados durante uma mesma visita. Eles foram usados em algumas situações durante o trabalho com a família. O papel de mãe-substituta foi realmente o primeiro papel usado pela enfermeira, conforme sugere PEPLAU. E ele continuou sendo usado durante todo o período de assistência.

A família se mostrou inicialmente receosa e defensiva sobre o motivo da visita da enfermeira, mas tentamos convencê-la de que estávamos lá para ajudá-la no que fosse necessário e possível. A princípio damos pouca atenção para às crianças, enfocando basicamente as necessidades da mãe abusiva. Em alguns momentos nos dedicamos às crianças, tentando demonstrar como era a maneira adequada de atender as solicitações delas, como: respeitar a criança enquanto ela fala e dar respostas coerentes com a pergunta e sua capacidade de entendimentos; intervir na briga entre as crianças; satisfazer as

solicitações das crianças, entre outras.

Conforme o relacionamento se desenvolvia, outras funções de maternalização foram utilizadas, dependendo das necessidades e situações apresentadas.

Observou-se que nestes encontros, era uma das poucas vezes que a progenitora estava sendo ouvida em relação aos seus problemas e dilemas sem ser criticada, e isto fazia com que a interação enfermeira/família avançasse para uma relação aberta, de confiança e sincera.

Continuou o apoio positivo aos pais e começamos a estabelecer limites sobre alguns tipos de conduta e demonstrando o que era uma atitude de mãe efetiva.

A enfermeira ouviu as necessidades expressas dos pais e tentou respondê-las. Ex.: a mãe não tinha certeza do que fazer no aniversário de um dos filhos, porque se desse presente somente para o aniversariante, o outro não iria entender porque só este ganhou e ele não.

Segundo PEPLAU (In SCHARER, 1979), "por sua própria natureza, o subpapel de mãe-substituta, tende a ativar as necessidades de dependência dos pais, o enfermeiro satisfaz essas necessidades de maneira terapêutica. Com o crescimento do relacionamento e da auto-imagem do progenitor, a mãe sente-se mais confiável, amada, capaz e começa a aprender maneiras apropriadas para ter as suas necessidades pessoais satisfeita por outros. O enfermeiro deve conhecer os sinais que o progenitor indica de prontidão para o crescimento, e deve ajudar os pais a darem passos necessários em direção à maturidade".

O papel de gerente ou gerenciamento também foi utilizado no início do relacionamento enfermeira/família. Segundo PEPLAU (In SCHARER, 1979), "Embora o papel de gerente possa parecer algo separado do trabalho real com a família, ele

convence a família de que está realmente envolvido com os interesses da família. Conforme o relacionamento se desenvolve os outros papéis assumem maior significância".

Entre as atividades desenvolvidas usando o papel de Gerente, destacamos: marcamos consulta médica e psicológica; encaminhamos a família para recursos apropriados; orientamos a maneira adequada para utilização das instituições de saúde, etc.

O papel de técnica foi utilizado para levantar os dados necessários e conhecer a dinâmica familiar, assim como as necessidades de saúde de todos os membros da família. Embora a autora dos papéis da enfermeira não tenha sugerido que a atuação poderia ter sido para a prevenção da doença, nós o acrescentamos. E durante a prática nos envolvemos em orientações de diversos cuidados para o tratamento e prevenção de problemas detectados.

Dependendo das condições ou problemas identificados foram realizados curativos, inalação, drenagem, tapotagem, orientando e realizando cuidados de higiene pessoal, entre outros.

Outro papel utilizado foi o de professor. Tentamos utilizá-lo com critérios para que não se tornasse um relacionamento baseado em conselhos para os pais. Inicialmente ele foi utilizado de maneira limitada, para que não interferisse no reconhecimento da realidade familiar, mais tarde aumentou a sua frequência.

Este papel foi utilizado segundo a orientação de PEPLAU (In SCHARER, 1979), ou seja: "O ensino é feito pela modelagem de papel, usado em demonstrar aos pais como lidar com seus sentimentos em relação aos filhos, como lidar com a disputa entre as crianças, etc. E centra-se em outras necessidades específicas dos pais".

O papel de aconselhadora ou enfermeira psicoterapeuta foi usado somente após haver um relacionamento de confiança entre a enfermeira e a família. Entre as atividades desenvolvidas, citamos: exploração intensiva sobre a reincidência do maltrato e problemas conjugais que a família estava vivenciando; facilitando e promovendo a interação familiar e extra-familiar; explorando e estimulando o comportamento positivo da família.

Portanto, nós podemos notar que os 6 (seis) papéis da enfermeira foram utilizados em várias situações e em vários graus no trabalho com a família maltratante.

4 - Avaliação, esta fase do processo de enfermagem foi importante, porque possibilitou muitas coisas como: Uma análise ampla do nosso trabalho com a família em relação ao Marco Conceitual e o Processo de Enfermagem proposto. Se eles eram viáveis e se conseguíamos alcançar os objetivos elaborados; Analisar os dados levantados, o tipo de interação familiar, extra-familiar e com a enfermeira, assim como verificar a importância e influência desta interação. Foi neste momento que conseguimos deixar mais claro qual foi a razão da nossa conduta, os sentimentos, as crenças e os valores do profissional e das pessoas envolvidas.

Concluiu-se que, se esta fase do processo não existisse, seria muito difícil a realização desta assistência.

O processo de enfermagem sofreu algumas adaptações e/ou modificações, foram elas:

1 - Levantamento de dados, a operacionalização dos conceitos foi reorganizada para que não houvessem repetições e para melhor entendimento do leitor. Mas não houve modificação no seu conteúdo.

Na entrevista semi-estruturada, não foi possível a utilização do item 8 (oito), porque a criança maltratada pos-

suía apenas 2 anos de idade, não tendo condições de responder aos questionamentos. Para que fosse possível avaliar as consequências dos maus-tratos, foram introduzidas outras formas de avaliação como, consulta da criança com uma psicóloga. Esta, confirmou as nossas suspeitas de falta de estimulação para o crescimento e desenvolvimento adequado desta criança. Utilizamos, também, a avaliação do crescimento e desenvolvimento, segundo LEÃO et alii (1983), quanto ao desenvolvimento motor grosseiro, desenvolvimento motor fino-adaptativo, desenvolvimento da linguagem e desenvolvimento pessoal/social, conforme a faixa etária desta criança.

As manifestações de conduta da criança, conforme o desenvolvimento neuropsicomotor nestes 4 (quatro) setores de desenvolvimento, segundo GESELL (In ALCÂNTARA & MARCONDES, 1978), também foram utilizados. Na avaliação do peso e estatura, foi utilizada a tabela conforme a faixa etária da criança sugerida pela UNICEF.

2 - Plano de Ação e Intervenção: Logo no início da aplicação do processo na prática assistencial, percebemos que antes da visita tínhamos um plano de ação em mente, e que a maioria das vezes ele era executado na prática, acrescido de outras intervenções que surgiam conforme a situação se apresentava. Decidiu-se, então, desdobrá-lo em plano de ação planejado, para a visita que seria realizada, e avaliação deste plano de ação. Somente mais tarde percebeu-se que este plano de ação planejado também tinha relação com os seis subpapéis do enfermeiro sugerido por PEPLAU. Devido a estes fatores ele foi modificado e auxiliou na execução do processo.

3 - Diagnóstico de enfermagem, inicialmente tínhamos proposto uma pontuação diferente para que chegássemos ao grau de dependência da família em relação à assistência de enferma-

gem. Esta pontuação foi modificada por sugestão da banca examinadora do projeto de dissertação, em concordância com a autora. Isto porque, ficava mais coerente com as definições do diagnóstico.

O diagnóstico foi considerado provisório devida à falta de dados para defini-lo no início da nossa assistência. Mas continuamos a denominá-lo desta forma, porque encontrávamos mudança na interação familiar e extra-familiar, assim como na definição de situação da família e da enfermagem.

4 - Avaliação, foi acrescentado o registro da evolução do processo e as análises e reflexões da enfermagem, para que se tornasse mais clara a nossa prática assistencial.

Em resumo, o processo de enfermagem foi necessário para que houvesse assistência à família maltratante. As adaptações e/ou modificações realizadas, tiveram como objetivos possibilitar esta assistência de maneira mais prática e exequível.

VIII - CONSIDERAÇÕES FINAIS.

Este trabalho possibilitou uma experiência muito rica e importante na nossa vida profissional, porque conseguimos relacionar a teoria com a prática, e estabelecer uma interação efetiva com a família. Salientamos, ainda, a importância da utilização de um Marco Conceitual e de um Processo de Enfermagem para prestar assistência de enfermagem à família, pois ele direcionou nosso trabalho, facilitando assim sua execução. Enfrentamos este desafio e acreditamos que os resultados obtidos foram, não apenas satisfatórios e gratificantes, como também contribuíram, de forma significativa, para a enfermagem. Para nós foi importante também, porque realizamos algo concreto em favor dos Direitos da Criança.

É importante ressaltar que este trabalho foi realizado apenas com uma família. Portanto, deve ser examinado como único, uma representação singular da realidade, realidade esta multidimensional e historicamente situada. Foram atingidos os objetivos de conhecer os motivos que levaram a mãe ao maltrato com seu próprio filho. E através deste conhecimento da realidade familiar foi realizada a intervenção de enfermagem para modificar o seu comportamento abusivo.

Se faz necessário ressaltar, ainda, que este trabalho com a família não está acabado, visto que a mudança de comportamento não acontece em apenas 7 (sete) meses. Mas devido ao tempo que foi estabelecido pelo curso de mestrado e pela instituição de origem da autora, para que o estudo fosse concluído, limitou-se o tempo de assistência à família. Portanto, o estudo foi considerado finalizado como trabalho de dissertação, mas na realidade o trabalho com a família ainda continua. E isto porque, acredita-se que muita coisa existe para se fa-

zer, até que se obtenha resultados positivos e efetivos com a família.

Na elaboração e implementação do marco conceitual e do processo de enfermagem na prática, encontramos facilidades e dificuldades. Considerou-se importante que elas também fossem esclarecidas, para que houvesse uma percepção mais clara do que foi a realização da assistência à família da criança maltratada.

a - Entre as facilidades destacamos as seguintes:

- O desenvolvimento durante o curso de mestrado de disciplinas optativas e curriculares como: Processo de Enfermagem, Marcos Conceituais aplicados à Família, Métodos Qualitativos da Pesquisa e o estudo independente sobre Estudo de Caso, onde encontramos subsídios importantes para o desenvolvimento deste trabalho.

- A nossa participação em Congressos, Seminários, Encontros e Reuniões sobre o problema da criança vítima de maus-tratos, foi bastante relevante. Porque foi através deles que conhecemos a realidade sobre o tema que é extremamente profundo e complexo. Através deles, tivemos oportunidade de encontrar bibliografias atualizadas e contatos com profissionais nacionais e do exterior que reforçavam e estimulavam a importância de estudos nesta área.

- A nossa atuação como docente na instituição de origem, onde desenvolvemos o ensino teórico e prático assistencial da Disciplina de Enfermagem Pediátrica e o grande carinho que possuíamos pelas crianças, auxiliou em vários aspectos como: na interação enfermeira/família; na resolução de alguns problemas pediátricos; no desempenho do papel de mãe-substituta e, principalmente, na assistência à família quanto às necessidades básicas para o crescimento e desenvolvimento ade-

quado das crianças.

- A Teoria da Interação Simbólica foi de fácil compreensão e ajudou a melhorar a qualidade do relacionamento enfermeira/família e família/sociedade. A interação favoreceu um relacionamento sincero e de confiança, um levantamento da realidade existente e assistência conforme os significados, valores e crenças da família. Entre outros fatores, ela também favoreceu a mudança do comportamento abusivo da família.

- As visitas realizadas ao pessoal do CEPAM, ajudaram muito a clarear algumas questões, pois existiam algumas informações adicionais que contribuíram no esclarecimento da situação. Assim como, conversar com outros profissionais (assistentes sociais e orientadora educacional) sobre o assunto, nos auxiliou a conduzir este trabalho.

- A primeira tentativa de mudança do comportamento da mãe abusiva realizada pela estagiária do Serviço Social, apesar de ter sido por pouco tempo nos auxiliou bastante. Isto fez com que a mãe refletisse sobre o seu comportamento abusivo. O fato da mãe reconhecer e verbalizar os maus-tratos com seu filho na nossa primeira visita comprova esta questão.

- Os familiares pelo lado paterno, solicitaram um acompanhamento nosso com a mãe maltratante por um tempo mais prolongado visto que a tentativa anterior não trouxera resultados positivos. A família acreditava que se o tempo fosse maior, este trabalho poderia ser mais efetivo. Isto foi muito bom porque os familiares já tinham consciência de que este trabalho era longo, fez também com que eles nos facilitassem as informações e que fôssemos bem recebidos.

- O fato de estarmos ligados ao CEPAM, que era um órgão com poderes e que já advertiu a família de perda do pátrio poder, algumas vezes nos auxiliou, porque fez com que a

família pensasse e tomasse algumas atitudes importantes e necessárias. Mesmo sendo por pressão, achamos que isto foi útil, pois eles não recebiam tudo pronto e tentavam fazer as coisas de maneira mais correta, evitando com isto que a nossa assistência fosse paternalista. Para nós era difícil, porque não tínhamos o hábito de esperarmos pela família e sim de fazermos o possível por ela e para ela. Encaminhamos a família para uma solução era mais difícil do que dizermos e fazermos por ela. Mas também era mais coerente como assistência e a nossa ligação com o CEPAM, nos auxiliou a fazermos isto.

- O constante apoio e discussão com algumas colegas do curso de mestrado foi muito valioso. Porque as trocas de idéias e reflexões realizadas, facilitaram a elaboração e a implementação da teoria na prática.

b - As dificuldades que surgiram, necessitaram estudo, reflexões, discussões e muita persistência para que fossem suprimidas. Foram elas:

- A ausência de bibliografia nacional na assistência de enfermagem à família maltratante e à criança maltratada. A bibliografia internacional era escassa e os estudos existentes sobre a assistência eram considerados ainda em fase de comprovação da sua eficácia. A maioria das bibliografias encontradas, preocupava-se, basicamente, com as características dos pais abusivos e da criança maltratada, assim como dados estatísticos e a importância da pesquisa nesta área.

- O fato de realizarmos a primeira dissertação de mestrado dirigida à assistência de enfermagem à família da criança maltratada, porque não existia nada nesta área para que pudéssemos avaliar o que estávamos fazendo.

- O desafio de realizarmos um trabalho de operacionalização na prática de uma teoria que não era da área de en-

fermagem, exigindo a adaptação para a nossa assistência.

- A necessidade de elaboração de um processo de enfermagem com base na Teoria da Interação Simbólica. Isto porque esta teoria sendo da área de sociologia, não contemplava uma metodologia de ação para a enfermagem.

- As dificuldades em elaborar e trabalhar com um Marco Conceitual e um Processo de Enfermagem, assim como analisar se estes eram adequados para a assistência. Isto se deve ao fato da nossa insegurança por nunca termos passado por esta experiência anteriormente.

- A nossa inexperiência também em trabalhar com famílias abusivas, denunciadas no CEPAM.

- A ausência de uma equipe multidisciplinar atuando no CEPAM. Este fator dificultou o trabalho, porque algumas vezes necessitamos de auxílio para a assistência desta família e mesmo para auxiliar em formas alternativas para a assistência e para que pudessemos estender o trabalho com outras famílias. O CEPAM era mais uma atividade dos funcionários do FÓRUM e na verdade deveria existir uma equipe somente para realizar este trabalho. Tínhamos consciência de que o CEPAM como funcionava, já era um grande avanço no que dizia respeito ao maltrato infantil, mas ele poderá ser aprimorado se houver meios e consciência para que isto aconteça.

- As dificuldades encontradas na assistência à família da criança maltratada conforme havíamos previsto, realmente aconteceram. No momento em que nos deparávamos com as dificuldades, entrávamos em crise porque não conseguíamos observar resultados imediatos. Isto nos deixava angustiada e com a sensação de inutilidade, porque, até então, em quase todos os trabalhos realizados, a nossa assistência era voltada para os aspectos biológicos e a pesquisa era quantitativa. Mas estes

sentimentos nos levaram a procurar formas alternativas para superar as dificuldades que felizmente foram superadas. Acreditamos que isto aconteceu porque a nossa proposta era um trabalho novo na enfermagem e necessitava de avaliação constante. Também porque o tipo de estudo era um constante ir e vir unindo a teoria à prática.

IX - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Neste estudo, o Marco Conceitual baseado na Teoria da Interação Simbólica e o Processo de Enfermagem, elaborados e implementados na prática, viabilizaram a assistência de enfermagem à família da criança maltratada física e psicologicamente. Portanto conclui-se que os objetivos foram alcançados.

Concluimos também que a interação é um dos fatores causadores de maus-tratos na infância, quando a interação familiar e extra-familiar é de aproximação, existe menor risco de ocorrência de maus-tratos.

No Processo de Enfermagem também haviam objetivos a serem alcançados na sua terceira fase, ou seja, plano de ação e intervenção. Pode-se concluir que foi alcançado o objetivo a curto prazo, de fazer com que a família reconhecesse o seu comportamento abusivo e estávamos desenvolvendo o objetivo a médio prazo, que foi encontrar meios para modificar o seu comportamento. Nos dois últimos meses de assistência, não houve reincidência de maus-tratos com a criança, mas acreditamos que é necessário um tempo maior de acompanhamento da família para podermos afirmar que houve realmente mudança de comportamento (objetivo a longo prazo).

Fundamentando-se neste estudo, realizamos algumas recomendações que estão divididas em quatro itens, ou seja, para a assistência, para o ensino, para a pesquisa e para o CEPAM.

1 - ASSISTÊNCIA

- Que o Marco Conceitual e o Processo de Enfermagem que utilizamos, sejam usados como metodologia da assistência

mas alternativas no tratamento e prevenção dos maus-tratos na família;

- que haja estudos sobre as ações do enfermeiro na assistência e o seu papel na equipe multidisciplinar.

4 - CEPAM

- Que seja possível num futuro bem próximo, a assistência de todos os casos de maus-tratos na infância, além do cadastramento, orientações e visitas que são realizadas;

- que possamos obter uma equipe multidisciplinar atuante nos casos de maus-tratos denunciados e realizarmos outras alternativas de assistência nestes casos;

- que continuem divulgando e promovendo a conscientização da população, para que possamos diminuir a incidência dos maus-tratos.

X - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01- ALCÂNTARA, Pedro & MARCONDES, Eduardo. Pediatria básica. São Paulo, Sarvier, 1972. v.1.
- 02- AJURIAGUERRA, J. de. Manual de psiquiatria infantil. 2. ed. São Paulo, Masson, 1983.
- 03- ANGELO, Margareth. Vivendo uma prova de fogo; as experiências iniciais das alunas de enfermagem. São Paulo, Universidade de São Paulo, 1989. 131 f. (Tese de Doutorado no Instituto de Psicologia).
- 04- ANSELMÍ, Cléa D. et alii. Reação de ansiedade de uma equipe multidisciplinar frente à violência da agressão materna. In: CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE PREVENÇÃO AO MALTRATO E NEGLIGÊNCIA NA INFÂNCIA, 7., Rio de Janeiro, set. 25-28 1988. Book of Abstracts. Rio de Janeiro, 1988. p. FP 122.
- 05- AZEVEDO, M.A. & GUERRA, V.N. de A. Pele de asno não é só história; um estudo sobre a vitimização sexual de crianças e adolescentes em família. In: CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE A PREVENÇÃO AO MALTRATO E NEGLIGÊNCIA NA INFÂNCIA, 7., Rio de Janeiro, set. 25-28 1988. Book of Abstracts. Rio de Janeiro, 1988. p. FP 111.
- 06- AZEVEDO, M.A. Prostituição infantil: uma incursão indignada pelo lado não-respeitável da sociedade. In: STEINER, M.H.F. Quando a criança não tem vez; violência e desamor. São Paulo, Pioneira, 1986. p.109-13.
- 07- BRASIL. Leis, decretos, etc. Constituição. República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988.
- 08- BARROS, Eliana A. et alii. Análise crítica de formação do comitê de proteção à criança do Hospital da Criança

- Conceição. In: CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE PREVENÇÃO AO MALTRATO E NEGLIGÊNCIA NA INFÂNCIA, 7., Rio de Janeiro, set. 25-28 1988. Book of Abstracts. Rio de Janeiro, 1988. p.FP 125.
- 09- BROOME, M.E. & DANIELS, D. Child abuse; a multidimensional phenomenon. Holistic Nursing Practice. 1(2): 13-24, feb. 1987.
- 10- BROOTEN, Dorothy et alii. Anxiety, depression, and hostility in mother of preterm infants. Nursing Research, 37(4): 213-16, july/aug, 1988.
- 11- BRUNNGRABER, Lee S. Father-daughter incest; immediate and long-term effects of sexual abuse. Holistic Nursing Practice. 8(4): 15-35, july, 1986.
- 12- CRIANÇAS sem motivo para comemorar hoje. Jornal de Santa Catarina. Florianópolis, 12 out. 1985. p.11.
- 13- DELUQUI, Celina G. A síndrome da criança espancada. In: KRYNSKY, Stanislau et alii. A criança maltratada. São Paulo, Almed, 1985.
- 14- _____. _____. In: MARCONDES, Eduardo. Pediatria básica. 7. ed. São Paulo, Sarvier, 1981. v.1.
- 15- ELSÉN, Ingrid. Conceitos e práticas de saúde de famílias catarinenses vivendo em uma vila pesqueira. In: ENCONTRO INTERAMERICANO DE PESQUISA QUALITATIVA EM ENFERMAGEM, 1., São Paulo, fev.22-26, 1988. São Paulo, 1988. p. 215-21.
- 16- _____. Concepts of health and illness and related behaviors among families living in Brazilian Fishing Village. San Francisco, University Of California, 1984. (Tese de Doutorado em Enfermagem).
- 17- FERREIRA, M.G.M. & STEINER, M.H.F. Mulheres espancadas; e seus filhos? In: STEINER, M.H.F. Quando a criança

- não tem vez; violência e desamor. São Paulo, Pioneira, 1986. p.63-76.
- 18- GARBARINO, J. & GILLIAN, G. Understanding abusive families. Massachusetts, Lexington Books, 1980.
- 19- GIL, David G. Violence against children. Massachusetts, Harvard. University Press, 1978.
- 20- GRINDLEY, Joan F. Abuso com a criança; a enfermeira e a prevenção. In: CLÍNICAS de enfermagem da América do Norte. Trad. André Luiz de Souza Melgaço & Giuseppe Taranto. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981. p. 151-60.
- 21- GÜNSPUN, Haim. Os direitos do menor. São Paulo, Almed, 1985.
- 22- GRUPO DO PROJETO ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA. Departamento de Enfermagem da UFSC. Florianópolis, 1986.
- 23- GUERRA, Viviane N.A. Violência de pais contra filhos; procuram-se vítimas. São Paulo, Cortez, 1985.
- 24- HAGUETTE, Teresa M.F. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis, Vozes, 1987. 163p.
- 25- HAYES, Patrícia. Tratamento a longo prazo de crianças vítimas de abuso. In: CLÍNICAS de enfermagem da América do Norte. Trad. André Luiz de Souza Melgaço & Giuseppe Taranto. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981. p. 125-32.
- 26- HEINDL, Mary C. Lidando com sentimentos; quem é a vítima. In: CLÍNICAS de enfermagem da América do Norte. Trad. André Luiz de Souza Melgaço & Giuseppe Taranto. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981. p. 107-14.
- 27- HELFER, Ray E. Introduction putting child abuse and

- neglect; into prespective. In: MEYER, Marly P.S. Violência contra a criança; uma questão social emergente. Porto Alegre, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1988. 137f. (Dissertação de Mestrado em Serviço Social).
- 28- HENSE, Denise S.S. Tendo que operar-se; a experiência do paciente cirúrgico e sua espiritualidade. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 1987. (Dissertação de Mestrado em enfermagem).
- 29- HOLMAN, Adele M. Family assessment; tods for understanding and intervention. Beverly Hills, Sage Publications, 1986.
- 30- HORTA, Wanda de A. Processo de Enfermagem. São Paulo, EPU/EDUSP, 1979.
- 31- HUGHES, James G. Sinopse de pediatria. 5.ed. Rio de Janeiro, Cultura Médica, 1984.
- 32- INFÂNCIA dolorida. Veja. São Paulo, (1047): 98-103, set. 1988.
- 33- KNIJNIK, L. & ANSELMINI, C. Criança maltratada - adulto que maltrata. In: CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE PREVENÇÃO AO MALTRATO E NEGLIGÊNCIA NA INFÂNCIA, 7., Rio de Janeiro, set. 25-28, 1988. Book of Abstract. Rio de Janeiro, 1988. p. FP 222.
- 34- KREITZER, Margareth. Aspectos legais do abuso em crianças; orientações básicas para a enfermeira. In: CLÍNICAS de enfermagem da América do Norte. Trad. André Luiz de Souza Melgaço & Giuseppe Taranto. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981. p. 133-44.
- 35- LEÃO, Ennio et alii. Pediatria ambulatorial. Belo Horizonte, Cooperativa Editora e de Cultura Médica Ltda, 1983.

- 36- LUDWIG, Stephen. Abordagem multidisciplinar para o abuso com a criança. In: CLÍNICAS de enfermagem da América do Norte. Trad. André Luiz de Souza Melgaço & Giuseppe Taranto. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981, p.145-49.
- 37- MAURIN, Judith. A simbolic interation perspective of the family. In: CLEMENTS, Imelda W. & ROBERTS, Florence B. Family health; a theoretical approach to nursing care. Montreal, J. Wiley, 1983.
- 38- MARCON, Sonia S. Vivenciando a gravidez. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 1979. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem).
- 39- MCKITTRICK, Carol A. Abuso do menor; reconhecimento e comunicação pelos profissionais de saúde. In: CLÍNICAS de enfermagem da América do Norte. Trad. André Luiz de Souza Melgaço & Giuseppe Taranto. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981. p. 95-106.
- 40- MEDEIROS, M.J.F.M.S. et alii. Mobilização de pais para a prevenção dos maltratos e negligência na infância. In: CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE PREVENÇÃO AO MALTRATO E NEGLIGÊNCIA NA INFÂNCIA, 7., Rio de Janeiro, set. 25-28 1988. Book of Abstracts. Rio de Janeiro, 1988. p. ST 019.
- 41- MEYER, Marli P.S. Violência contra a criança; uma questão social emergente. Porto Alegre, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1988. 137 f. (Dissertação de Mestrado em Serviço Social).
- 42- MILLOR, Georgia K. A Theoretical framework for nursing research in child abuse and neglect. Nursing Research, 30(2): 78-83, mar./apr. 1981.
- 43- MISENER, Terry R. Toward a nursing definition of child

- maltreatment using seriousness vignettes. Holistic Nursing Practice. 8(4): 1-14, july, 1986.
- 44- MOGAN, Judith. What can nurses learn from structured observations of mother-infant interaction? Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 10(1); 67-73, 1987.
- 45- NEVES, Eloita P. & GONÇALVES, Lúcia H.T. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA DE ENFERMAGEM, 3., Florianópolis, abr. 3-6 1984. Florianópolis, 1984. p. 210-29.
- 46- _____ & TRENTINI, Mercedes. A questão da aplicação de teorias/marcos conceituais na enfermagem; relato de experiência na UFSC. São Paulo, 1987. Trabalho apresentado na semana Wanda Horta (Mimeografado).
- 47- NEWBERGER, H.E. & HYDE, Jr. N.J. Child abuse; principles and implications of current practice. Pediatric Clinic of North America. (22): 695-714, 1975.
- 48- NITSHKE, Rosane G. Nascer em família; o caminho da interação familiar saudável. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 1989. (Projeto de Dissertação de Mestrado).
- 49- PABIS, F.C. & CASAS, C.E. Síndrome da criança maltratada. Arquivos Catarinenses de Medicina. Florianópolis, 17(1): 41-7, jan./mar., 1988.
- 50- PASTORINO, Carlos Torres. Minutos de sabedoria. 29 ed. Petrópolis, Vozes, 1988.
- 51- PINCUS, Lily & DARE, Christopher. Psicodinâmica da família. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981. 142p.
- 52- RIEHL, Joan P. Interaction Models; Application of interaction theory. In: RIEHL, Joan P. & ROY,

- Callista S. Conceptual models for nursing practice.
New York, Appleton-Century-Crofts, 1974.
- 53- RUIZ, Zelided A. Dinâmica familiar e o abuso da criança. In: KRYNSKY, Stanislau et alii. A criança maltratada. São Paulo, Almed, 1985.
- 54- RHODES, Ann Marie. Identifying and reporting child abuse. Maternal-Child Nursing. University of Pittsburg. 12(6): 399, nov./dec., 1987.
- 55- SANTOS, Hélio de O. et alii. Maus-tratos na infância; uma proposta de atuação multidisciplinar a nível regional. Pediatria moderna. São Paulo, 11(1):29-37, fev. 1986.
- 56- SANTOS, Hélio de O. Crianças espancadas. Campinas, São Paulo, Papirus, 1987.
- 57- _____. Centro Regional de Registros e Atenção aos Maus-Tratos na Infância - CRAMI; uma experiência pioneira no estado de São Paulo. In: CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE PREVENÇÃO AO MALTRATO E NEGLIGÊNCIA NA INFÂNCIA, 7., Rio de Janeiro, 1988. p. FP 180.
- 58- SANTOS, Silvana de M. O cotidiano do serviço social no Juizado de Menores junto ao CEPAM. Tubarão, Fundação Educacional do Sul de Santa Catarina, 1988. 48 f.
(Trabalho de Conclusão do Curso de Assistente Social).
- 59- SCHARER, Kathleen. Nursing intervention with abusive and neglectful families within the community.
Maternal-Child Nursing. 8(2): 85-94, 1979.
- 60- SCHVANEVELDT, Jay D. The interactional framework in the study of the family. In: NYE, Francis I. & BERARDO, Felix M. Emerging conceptual framework in family analysis. New York, Praeger Publisher, 1981.
- 61- SMITH, Janis B. Assistência à criança hospitalizada por

- abuso e à sua família. In: CLÍNICAS de enfermagem da América do Norte. Trad. André Luiz de Souza Melgaço & Giuseppe Taranto. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981. p. 115-24.
- 62- SODITUS, Constance & MOCK, Dorothy. Interrupting the cycle of child abuse. Maternal-Child Nursing. 13(3): 196-99, 1988.
- 63- SOUZA, Mariana F. Referencial teórico. Revista da Escola de Enfermagem. São Paulo, 18(3): 223-34, 1984.
- 64- STEINER, M.H.F. Quando a criança não tem vez; violência e desamor. São Paulo, Pioneira, 1986.
- 65- THOMAS, J.N. & ROGERS, C.M. Abuso sexual com crianças; identificação dos casos e avaliação clínica. In: CLÍNICAS de enfermagem da América do Norte. Trad. André Luiz de Souza Melgaço & Giuseppe Taranto. Rio de Janeiro, Interamericana, 1981. p. 161-69.
- 66- VARGENS, Octávio M.C. O homem enfermeiro e sua opção pela enfermagem. São Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1989. 183f. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem).
- 67- WAECHTER, Eugênia H. & BLAKE, Florence G. Enfermagem pediátrica. Trad. Raymundo Martagão Gesteira et alii. 9. ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979.

A N E X O S

ANEXO I

INSTRUMENTOS

OBSERVAÇÃO E ENTREVISTA COM A FAMÍLIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DA CONSTELAÇÃO FAMILIAR (1)

a) Endereço da Família:

Rua: n°
Bairro: Cidade:
Ponto de referência:
Tempo neste endereço:

b) Mobilidade Geográfica da Família:

Mudanças de cidades e/ou residências, checar a causa.

c) Composição Familiar:

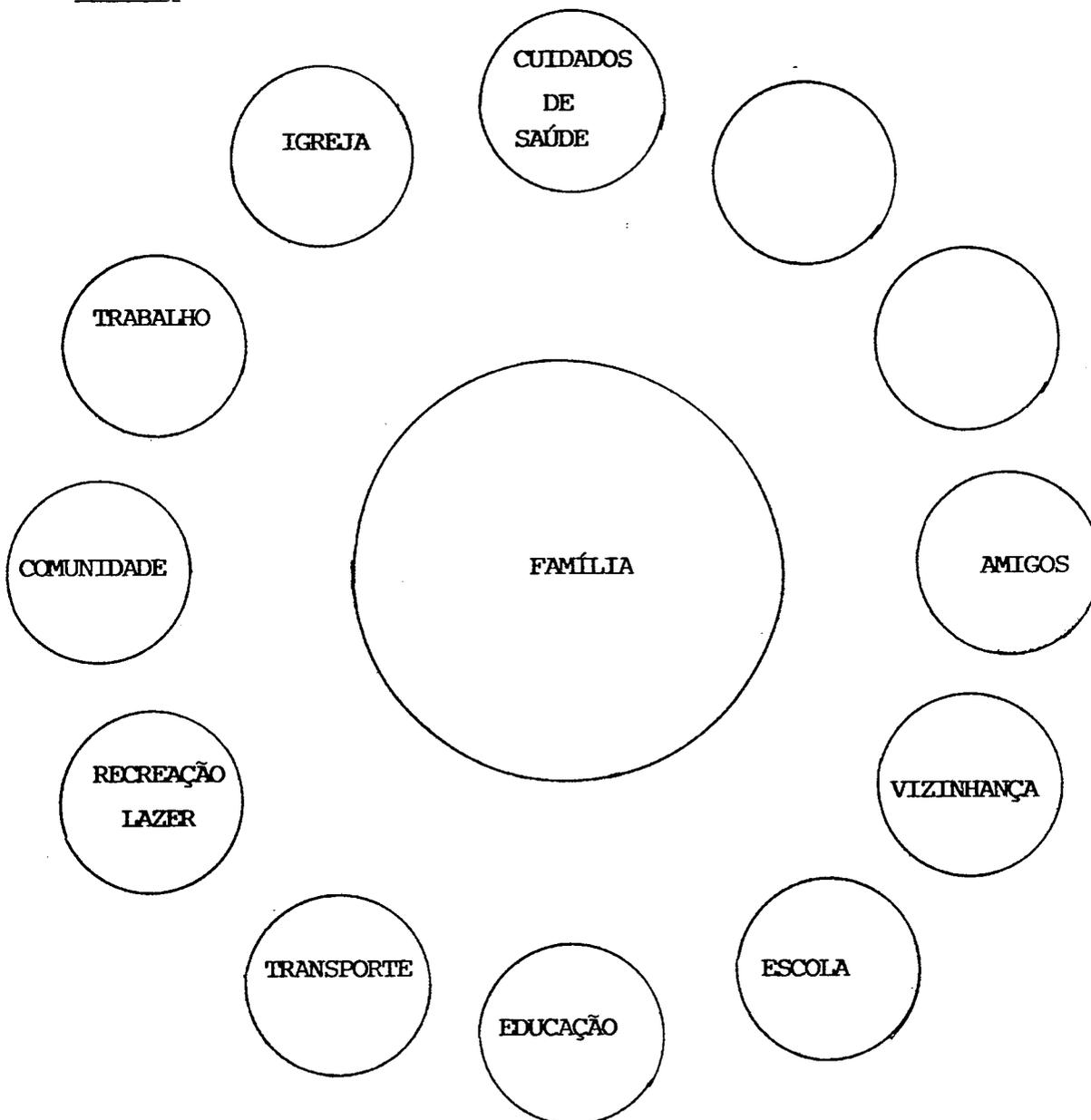
NOME OU APELIDO	SEXO	DATA DE NASCIMENTO	RELIGIÃO	PROCE-DÊNCIA	ESCOLA-RIDADE	PROFISSÃO	PARENTESCO

1 - Baseado no Projeto de Assistência de Enfermagem à Família, UFSC, 1986.

2 - HEREDOGRAMA FAMILIAR (2)

As orientações para sua elaboração estão no Anexo II.

3 - MAPA DAS INTERAÇÕES DA FAMÍLIA COM O AMBIENTE NO QUAL ELA SE INSERE (3)



NOTA: A natureza das inter-relações é ilustrada com a ligação conforme os diferentes tipos de linhas:

==== para aproximação (normal e positiva)

—— para super-aproximação (forte)

----- para distanciamento

~~~~ para estresse, conflito

Caneta azul para representar o que a família refere, vermelha, para nossa observação.

---

2 - Baseado no Projeto de Assistência à Família, UFSC, 1986.

3 - Baseado em Holman, 1986.

#### 4 - CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICO-ESPIRITUAL E CULTURAL (4)

Através do mapa anterior, verificar alguns detalhes importantes como:

- a) Quais as atividades religiosas desenvolvidas por sua família? Conte-me sobre isto.
- b) Vocês possuem atividades em algum clube, organização na comunidade ou outra associação?
  - . Como se sente em relação a ela?
  - . Seus filhos participam em atividades escolares? Quais?
  - . Como seus filhos escolhem seus amigos e atividades?
- c) A família se reúne em algum horário ou ocasião?
  - . Existem atividades comuns e individuais? Quais?
  - . Qual é a participação dos indivíduos nas atividades (passiva ou ativa) ?
  - . Existem outras pessoas envolvidas (Parentes, etc.)?
  - . O que mais gosta nos encontros ? O que gostaria de mudar?
- d) O que é família para você? O que ela significa ou representa?
  - . Quem são as pessoas que fazem parte de sua família?
  - . O que mais gosta na família?
  - . Qual é a papel do pai na família? O que gostaria de mudar? O que quer que permaneça?
  - . Qual é o papel da mãe na família? O que gostaria de mudar? O que quer que permaneça?
  - . Qual é o papel do filho na família? O que gostaria de mudar? O que quer que permaneça?

- e) História familiar do maltrato.
- . Como os progenitores foram educados na infância?
  - . Os progenitores foram maltratados na infância?
- Conte-me sobre isto. O que levava eles a fazerem isto?  
(Observar ou questionar: como? onde? quando?).
- . Como você educa seus filhos? Você maltrata eles?  
(Observar ou questionar: como? onde? quando? por que?).
  - . A que você atribui isto?
  - . O que gostaria de mudar?
  - . O que quer que permaneça?
- f) Educação formal - situação escolar dos membros da família.
- g) Orçamento Familiar:
- . Quais os membros da família que auxiliam na renda familiar?
  - . A renda familiar é suficiente para os gastos da família?
  - . Como você se sente em relação ao seu trabalho?
  - . Crenças e valores em relação ao orçamento e trabalho.
  - . Quais são as metas da família?
  - . São objetivos escolhidos por quem?
  - . O que acontece na família quando estão tendo problemas?
  - . Por que você acredita que isto acontece?
- h) Identificar crenças e valores sobre as condições sócio-econômico-espiritual e cultural da família.  
Problemas e forças identificados pelo observador.

5 - SAÚDE (5)

## a) História da família quanto a sexualidade e planejamento familiar:

- Você planejou(a) o número de filhos?
- Com quem aprendeu, quem orientou?
- Usa algum controle? tipo?
- O que você acha deste método?
- O que você espera dos seus filhos? Isto ocorre?
- Existe algum problema entre o casal?
- Houve alguma separação?

Problemas e forças referenciadas pela família.

Observar crenças e valores sobre sexualidade e planejamento familiar.

Problemas e forças identificadas pelo observador.

## b) Histórico de Saúde da Família:

Identificar principalmente alcoolismo, doença mental e maltrato.

- Quais são os problemas de saúde? Em quem? Quando? Possíveis causas? Quem observou? Frequência?

Modo de resolução (pessoas, instituições envolvidas e conduta) Verificar os recursos de saúde disponíveis na comunidade e quais a família utiliza.

## c) Situação de Saúde dos Membros da Família:

- Existe alguém doente na família? Quem? Início? Causas? Tratamento?

- Quem assume a responsabilidade dos cuidados e tratamentos dos indivíduos?

## d) Como a família faz para prevenir doença? Quem faz?

Alguém auxilia (vizinhos, parentes, profissionais de saúde etc.)?

6 - PERCEPÇÕES DA FAMÍLIA QUANTO AOS CONCEITOS DO MARCO  
PROPOSTO: ROTEIRO

- a) O que significa interação familiar.  
Como acontece a interação na família.  
Importância da interação na família.  
Ela interfere ou influencia alguma coisa na vida familiar.  
Caso positivo, em que ela interfere ou influencia.
- b) O que significa sociedade.  
Como a família se relaciona com a sociedade.  
Importância da sociedade.  
Ela interfere ou influencia em alguma coisa na família.  
Caso positivo, em que ela interfere ou influencia.
- c) O que significa ambiente simbólico.  
O que faz parte do ambiente simbólico.  
Importância do ambiente simbólico.  
Ele interfere ou influencia em alguma coisa.  
Caso positivo, em que ele influencia ou interfere.
- d) O que significa ambiente físico.  
O que faz parte do ambiente físico.  
Importância do ambiente físico.  
Ele interfere ou influencia em alguma coisa.  
Caso positivo, em que ele influencia ou interfere.
- e) O que significa para a família, saúde e doença.  
O que é saúde familiar.  
Importância da saúde familiar.  
Existência da relação entre boa interação familiar e saúde familiar.  
O que é doença familiar.  
Existência da relação entre problemas na interação e doença familiar.

O que é enfermagem.

Importância da enfermagem na assistência à família.

Funções da enfermagem na assistência à família.

f) O que significa maltrato.

Como a família define uma família maltratante.

Quando e como a família acha que acontece o maltrato.

Existência ou não da relação entre problemas na interação familiar e a ocorrência de maltrato.

Como a família vê uma mudança no seu comportamento abusivo.

7 - OUTROS ASPECTOS PARA CONSIDERAR (6)

a) Ambiente físico:

Habitação própria?  Sim  Não

Aluguel? Quanto?

Valores e crenças: O que acha de sua casa?

O que mais gosta nela?

O que menos gosta?

O que gostaria de mudar?

Observar condições de higiene.

b) Terreno:

Observar aproveitamento (jardim, recreação, horta) e condições de higiene.

Questionar: O que acha de seu terreno?

c) Saneamento:

Observar: - água  Casan  Bica  Poço

- esgoto  Vala aberta  Canalizada

- sanitário  Fossa séptica  Fossa Negra

- lixo  queimado  Enterrado  Jogado

a céu aberto. Como é coletado?

Questionar: O que você acha da água, esgoto, sanitários, lixo, ambiente, poluição e animais?

O que você mais gosta?

O que gostaria de mudar?

d) Hábitos de higiene da família (adultos e crianças).

Tabus e crenças quanto: - Higiene corporal?

- Higiene da cabeça?

- Higiene das mãos?

- Higiene dental?

Responsáveis pelos cuidados de higiene.

e) Alimentação (adultos e crianças).

Tabus e crenças alimentares.

f) Problemas e forças identificadas pela família quanto a estes aspectos.

g) Problemas e forças identificadas pelo observador quanto a estes aspectos.

#### 8 - LEVANTAR COM A VÍTIMA DE MALTRATO

- Seus pais batem em você.

- Quem bate, o pai ou a mãe.

- Como eles batem, com o que.

- Quando eles batem.

Como você se sente quando eles batem, e depois que eles batem.

- O que você não gosta no pai e na mãe.

- O que você mais gosta no pai e na mãe.

- Desenhe a sua família. Desenhe como você é.

Além dos desenhos, levantar a análise destes desenhos pela própria criança.

ANEXO II

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DA UFSC  
 GRUPO DO PROJETO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA  
 FLORIANÓPOLIS - SC

Data:    /    /                      PRONTUÁRIO DA FAMÍLIA

I - IDENTIFICAÇÃO DA CONSTELAÇÃO FAMILIAR

- a) Responsável:
- b) Endereço da família:  
     Tempo neste endereço:
- c) Mobilidade geográfica da família
- d) Composição familiar:

| Nº | NOME E APELIDO | SEXO | ETNIA | COR | DATA DE NASC. | RELI-GIÃO | PROCE-DÊN - CIA | ESCO-LARI-DADE | PROFISSÃO | PAREN-TESCO | DOCU-MENTO |
|----|----------------|------|-------|-----|---------------|-----------|-----------------|----------------|-----------|-------------|------------|
|    |                |      |       |     |               |           |                 |                | OCUPAÇÃO  |             |            |
|    |                |      |       |     |               |           |                 |                |           |             |            |
|    |                |      |       |     |               |           |                 |                |           |             |            |
|    |                |      |       |     |               |           |                 |                |           |             |            |
|    |                |      |       |     |               |           |                 |                |           |             |            |

II - HEREDOGRAMA E INTER-RELACIONAMENTO FAMILIAR

III - MOTIVO QUE DETERMINOU A PROCURA DE AJUDA

- a) Encaminhado por:
- b) Razão de encaminhamento:
- c) Situação atual:

## IV - AMBIENTE FÍSICO

- a) Habitação: Própria? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
- Tipo:
- Diversão:
- Iluminação:
- Ventilação:
- Condições de higiene:
- Crenças e Valores:
- b) Terreno: área: Própria? Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_
- Aproveitamento (Jardim, recreação, horta):
- Condições de higiene:
- Crenças e Valores:
- c) Saneamento:
- Água: procedência:
- instalações:
- distâncias da casa:
- tratamento domiciliar:
- Esgoto:
- Sanitário: uso particular?
- uso coletivo? Quantas famílias?
- Lixo:
- Poluição:
- Animais domésticos:
- Insetos roedores:
- Modo de extermínio:
- Crenças e Valores:
- d) Responsável pela limpeza do ambiente físico:
- e) Problemas referenciados pelo informante:
- f) Problemas identificados pelo observador:

## V - SÓCIO - ECONÔMICO - ESPIRITUAL E CULTURAL

a) Orçamento familiar: Renda total:

Participação dos membros da família:

Utilização da renda:

alimentação \_\_\_\_\_ higiene \_\_\_\_\_

educação \_\_\_\_\_ saúde \_\_\_\_\_

transporte \_\_\_\_\_ vestuário \_\_\_\_\_

lazer \_\_\_\_\_

b) Aspectos relacionados às atividades de produção:

c) Educação formal:

d) Atividades sócio-culturais-espirituais e de lazer:

e) Crenças e Valores:

f) Hábitos de higiene da família (adultos e crianças)

Higiene corporal:

Lavagem da cabeça (frequência)

Lavagem das mãos (quando e como)

Higiene dental (tipo e frequência)

Tabus e crenças:

Responsável pelos cuidados de higiene:

Problemas referenciados pelo informante:

Problemas referenciados pelo observador:

g) Alimentação (adultos e crianças)

Responsável pela compra e preparo dos alimentos:

Tabus e crenças alimentares:

h) Problemas referenciados pelo informante:

i) Problemas identificados pelo observador:

## VI - RECURSOS DISPONÍVEIS NA COMUNIDADE

a) Transporte (tipo)

b) Unidade de atendimento à saúde:

c) Vizinhaça:

- d) Locais para atividades sociais, culturais e esportivas:
- e) Posto policial:
- f) Igreja:
- g) Creches e escolas:
- h) Quais os recursos utilizados pela família (facilidades e dificuldades)
- i) Pessoas na comunidade que costumam auxiliar (quem, como):
- j) Problemas identificados pelo observador:

#### VII - SAÚDE

- a) Sexualidade e reprodução: sexualidade, planejamento familiar, crenças e valores.
- b) Histórico de saúde da família:
- c) O que a família faz para prevenir doenças?
- d) Situação de saúde dos membros da família:
- e) Quem decide sobre cuidados à saúde?
- f) O que a família pensa sobre saúde/doença (crenças e valores)

#### VIII - PROBLEMAS E DIFICULDADES VIVENCIADAS PELA FAMÍLIA

Características do evento:

#### IX - HISTÓRIA DE FAMÍLIAS

#### X - PERCEPÇÕES DA FAMÍLIA QUANTO:

- a) Inter-relacionamento familiar:
- b) Mudanças na dinâmica familiar:
- c) O que a família tem de positivo?
- d) Problemas de relacionamento referenciados pela família:
- e) Problemas identificados pelo observador:
- f) Metas de vida:

## XI - SUBSÍDIOS PARA REALIZAÇÃO DO HEREDOGRAMA.

Também chamado carta genealógica. São representações diagramáticas das genealogias, que permitem constar rapidamente o parentesco dos diferentes membros que os constituem.

Fazer o Heredograma da família abrangendo três gerações, enumerando-as através de algarismos romanos (I,II,III).

Representar os descendentes, a partir da geração I, pela ordem de idade.

a) Fazer o registro do sexo através dos seguintes símbolos:

□ = masculino      ○ = feminino      ◇ = sexo desconhecido

b) A idade será registrada dentro da representação do sexo.

Ex: 30      (21)

c) Representar o tipo de união do casal da seguinte forma:

. matrimônio legal 

. matrimônio de caráter não legal 

. matrimônio consanguíneo 

d) Se o componente da família estiver vivo manter a representação do sexo com a idade conforme item anterior, se falecido representar (com idade que morreu) da seguinte forma: 10      (2)

e) Quando houver natimorto representar por:      +      +

f) Se aborto representar por:   

g) Quando prematuro representar por:   

h) Quando pós-maturo por: □ ○ ◇

i) No caso de filhos gêmeos representar da seguinte forma:



Considerar como aborto elementos com a idade gestacional até 6 meses e 3 semanas; natimorto com a idade além de 7 meses; prematura com menos de 40 semanas e pós-maturo além de 42 semanas.

j) Identificar o tipo de relacionamento entre os membros da

família durante os contatos que houver com seus elementos e representar através do "Heredograma Interracional", conforme as linhas abaixo: Relação .aproximação\_\_\_\_\_

super aproximação=====

distanciamento- - - - -

conflito ~~~~~

Utilizar a seta no final da linha, indicando o direcionamento da relação.

Identificar o tipo de relação entre familiares através das seguintes definições:

Relação normal e positiva: aproximação

Considera-se uma relação normal e positiva quando existe relacionamento direto, expressando sentimentos de afeto, idéias, crenças, valores e conceitos livres de tensões, favorecendo o crescimento e desenvolvimento dos indivíduos.

Relação de super aproximação

Considera-se relação de super aproximação quando há um relacionamento com as características do item anterior, mas de uma forma tão intensa que esteja prejudicando o crescimento e desenvolvimento dos indivíduos, podendo inclusive levar a dependência entre os indivíduos.

Distanciamento

Considera-se distanciamento quando a relação não apresenta interação em uma ou mais das caracterizações citadas no item "a" prejudicando dessa forma o crescimento e desenvolvimento dos indivíduos. A comunicação se restringe às informações e formalidades.

Relação Conflituosa

Considera-se relação conflituosa quando houver atitudes de desrespeito, competitividade, ocasionando situações tensas e de sofrimento entre os indivíduos envolvidos.