

---

**CONHECENDO PARA EVITAR: A NEGLIGÊNCIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**  
**Knowing to prevent: the negligence on teenagers and children health care**

*Eliane Pinheiro de Morais<sup>1</sup>*  
*Olga Rosária Eid<sup>2</sup>*

**RESUMO**

*A violência intra-familiar constitui-se para muitas crianças e adolescentes vivências familiares comuns. No estudo teórico-acadêmico realizado com o objetivo de trazer contribuições à prevenção das diversas formas de violência, e entre estas, as negligências, alguns elementos emergem como fundamentais para gerarem atitudes de ajuda concreta: o conhecimento, a compreensão e conseqüente reflexão de seus fatores influenciadores e/ou responsáveis. Assim, nossas experiências profissionais de enfermagem ao cuidar leva-nos optar pelo referencial teórico eco-sistêmico em suas dinâmicas biológicas culturais e contextuais proposto por Barudy (1997), por reconhecermos apropriado às condições sociais-econômicas-culturais da maioria das famílias brasileiras.*

**UNITERMOS:** *enfermagem à criança vitimizada; enfermagem à criança negligenciada; referencial eco-sistêmico.*

**1 INTRODUÇÃO**

A violência intra-familiar, também chamada de doméstica, abusos ou maus-tratos, contra crianças e adolescentes, são hoje de forma consensual abordados como problemas de saúde coletiva.

Nesta última década, houve crescente interesse pelas diferentes formas de violências sofridas por esta parcela da população. Os meios de comunicação, as organizações não governamentais nacionais e internacio-

---

1 Mestre em Assistência de Enfermagem, Prof. Assistente da UFSM e lotada na EEUFRGS(DAOP), membro do Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e na Comunidade -NEESFAC.

2 Doutora e livre-docente em Enfermagem Pediátrica, Prof. da EEUFRGS(DAOP), membro do Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e na Comunidade - NEESFAC.

nais mobilizaram-se e iniciaram várias frentes de denúncias e esclarecimento da população em geral. Em contrapartida pouco vimos em relação a ações nas áreas de políticas sociais e de saúde.

Em outubro de 1998, o Brasil assinou um Pacto Comunitário Contra Violência Intra-familiar, e o Ministério da Justiça lançou uma Campanha Nacional contra Violência Intra-familiar, quando chamou a comunidade para dar sugestões no combate à esta problemática de saúde coletiva. Desde esta data, algumas ações começaram a serem implementadas.

Apesar de ser uma temática que está em evidência, constatamos que pouco se fala nos meios acadêmicos. Caminha (1999), aponta à carência de disciplinas específicas nos currículos acadêmicos nas áreas sociais e de saúde, excetuando alguns grupos de pesquisas e de trabalho. Tal fato já havíamos levantado como problema, no momento que iniciamos nosso envolvimento com a temática, que resultou na defesa da dissertação da autora, e que proporcionou importantes subsídios para o presente estudo (Morais, 1998).

Esta falta de conhecimento e preparo dos futuros profissionais é sentida quando estes se deparam com situações de violência no seu cotidiano e, segundo Deslandes (1994b, p.6), evidencia-se a grande dúvida sobre o que é possível fazer, que atitudes tomar. Sobre isto, a autora refere que *“além de sofrerem o impacto que a situação de violência contra crianças e adolescentes lhes provoca, ainda se defrontam com a precariedade de recursos de seus serviços para um melhor atendimento dessas questões”*.

O desconhecimento, ou às vezes, a negação de envolvimento com as situações de maus-tratos sofridas por crianças e adolescentes, traz para os profissionais de saúde implicações legais que estão no Estatuto da Criança e do Adolescente, (Brasil, 1991) e na Constituição Federal Brasileira de 1988 (Brasil, 1997). Estes indicadores tornam evidente a necessidade de se saber mais e aumentar consideravelmente a divulgação destes conhecimentos, geradores de atitudes desejáveis ao enfrentamento destas situações adversas ao desenvolvimento humano. Nesta perspectiva, trazemos esta questão como objetivo do presente estudo.

## **2 CONHECENDO O FENÔMENO DA VIOLÊNCIA INTRA-FAMILIAR**

Muitas são as áreas do conhecimento que buscam compreender o fenômeno da violência intra-familiar. Estas podem estar ligadas à correntes biologicistas, psicológicas, sociais, ou ainda à mistura delas.

Na atualidade, a corrente mundialmente aceita é a multicausalidade ou multigeracionalidade, ou seja, a junção de vários fatores antes vistos de forma isolada, que Azevedo e Guerra (1993), denominam modelo interativo. Este é a interação de fatores macro (sistema sócio-econômico-político)

e micro (história de vida do pais x estrutura e funcionamento familiar). A violência intra-familiar é um tipo de violência vista como intraclasses, pois independe da classe social para aparecer.

Dentre as diversas formas de violência, a intra-familiar é a mais difícil de nomear ou de reconhecer, afirma Barudy (1997), pois ela é microscópica, privada, exercida sobre os membros mais vulneráveis do sistema social, as mulheres (violência conjugal, assédio sexual, violência de gênero) e as crianças (maus-tratos, negligências, abusos e outros). Somamos ainda o agravante da lei do silêncio que envolve estes atos dentro da família e da sociedades em torno desta, incluindo os profissionais envolvidos com a educação e saúde infanto-juvenil. Para este psiquiatra chileno exilado na Bélgica, violência ou maus-tratos é toda a manifestação de violência humana adulta contra crianças e adolescentes.

Segundo Azevedo e Guerra (1989, p.11), a violência intra-doméstica com crianças e adolescentes pode ser sintetizada como:

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

Além destas definições, Caminha (1999, p.45) utiliza o termo “abuso” para definir uma forma de violência contra crianças e adolescentes, repetida, intensional, na qual alguém geralmente próximo a estes, usa do poder e/ou da força física para envolvê-los em atos nos quais não estão aptos em nível psicológico, biológico ou cultural.

Como percebemos, os nomes dados para a violência que ocorre no domicílio, ou melhor dentro do ambiente de crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente são muitos, mas todos traduzem o mesmo significado, que envolve familiares (pais, mães, avós, irmãos...), criança e adolescentes e algum tipo de violência.

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

Nesta caracterização de violência, encontramos a Síndrome da Criança Espancada, descrita por Kempe e Silvermam<sup>3</sup>. Geralmente essas lesões ocorrem em épocas diversas, bem como em diferentes etapas e sempre são inadequadas e inconsistentemente explicadas pelos pais.

**A Violência sexual**, para Azevedo e Guerra (1989, p.13), configura-se como *“todo o ato ou jogo sexual, relação direta hetero ou homossexual, entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente, tendo por finalidade estimular sexualmente esta criança ou adolescente ou utilizá-los para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa”*. Continuando as autoras referem que, nessas ocorrências em que há sempre o prazer direto ou indireto do adulto, conseguido pela coerção ou sedução a criança é sempre VÍTIMA e não poderá ser transformada em RÉ.

**A Violência psicológica** apresenta-se de diversas formas, também chamada de “tortura psicológica”, evidencia-se como a interferência negativa do adulto sobre a criança e sua competência social, conformando um padrão de comportamento destrutivo. Esta forma de violência é a que menos se fala, pois acontece dentro dos lares, e é a forma mais comum de dominação de pais sobre filhos.

De todas as formas da violência apresentar-se no meio familiar, tendo crianças e adolescentes como alvo, constatamos que a negligência nos cuidados de saúde está entre as maiores causas de denúncias contabilizadas no Relatório Azul de 1996, da Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, da Assembléia Legislativa do RS (Rolim, 1996).

Entendemos a negligência como a ponta do iceberg da violência, pois raramente ela acontece de forma isolada e torna-se um sinal para os profissionais de saúde e educadores que a criança ou adolescente podem estar em situação de risco. Vendo este tipo de violência como sinal de alerta, procuramos aprofundar mais o conhecimento à cerca do fenômeno.

### 3 CONHECENDO O FENÔMENO DA NEGLIGÊNCIA

**Negligência** é o fato da família se omitir em prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente. Configura-se no comportamento de pais ou responsáveis quando falham no alimentar, vestir adequadamente seus filhos, medicar, educar e evitar acidentes. Tais falhas só poderão ser consideradas abusivas, quando não são devidas à carência sócio-econômica (Brasil, 1993).

---

3 Esta Síndrome, descrita em 1961 e publicada em 1962 é caracterizada por quadro de fraturas múltiplas, com equimoses e hematomas generalizados, lesões cerebromeningeas, paralisias, hemorragias oculares, fontanela tensa, convulsões, deformações ósseas com repercussões sobre o estado geral da criança e que pode constituir causa de invalidez permanente e morte.

A negligência pode se apresentar como leve, moderada ou severa. Exemplificando estas formas, Caminha (1999, p.54) trata como leve, o caso da “criança que vive num lar desregrado, sem horário para se alimentar, se banhar...”, com a evolução desta falta de cuidados, há a tendência das situações apresentarem cada vez mais riscos para as crianças. “Uma negligência moderada pode ser entendida como descuidar da higiene da criança em um dado momento, e este descuido, gerar uma doença”. O autor classifica como negligência grave o fato dos pais não mandarem as crianças para escola, gerando prejuízos cognitivos, e também quando não cumprem ordens médicas, dificultando o tratamento adequado. Acresce também que o abandono parcial ou temporário promovido pelos adultos é uma forma de negligência.

Ainda para este psicólogo gaúcho, podemos caracterizar o agente da negligência como interno ou externo, sendo no primeiro uma pessoa da família, e no segundo, o poder público, quando não cumpre com seu papel na educação e no provimento de qualidade de vida para crianças e adolescentes. Ele ainda diz que a negligência pode ser “intencional ou não intencional, quando por exemplo o pai tem uma arma para proteger a família, e a criança ao manuseá-la, pode causar uma acidente. É um exemplo de negligência grave, interna e não-intencional” (op.cit).

De acordo com Barudy (1997), que faz a leitura do fenômeno da negligência na perspectiva eco-sistêmica, as famílias negligentes, os adultos, mais especificamente os pais, apresentam comportamentos contínuos que refletem a ausência ou a insuficiência dos cuidados que destinam à suas crianças. Um contexto de pobreza e de isolamento social geralmente está em torno do sistema familiar, contexto este que coincide na maior parte do tempo com muitas outras carências apresentadas na história de vida dos pais.

Os pais negligentes são adultos que não se ocupam de seus filhos e que apresentam deficiências importantes em suas funções parentais. Estas deficiências podem ser resultado de três dinâmicas que se entrelaçam: **a biológica, a cultural e a contextual**. As dinâmicas são diferentes, mas as conseqüências para as crianças podem ser idênticas.

No primeiro caso, a biológica, trata-se de uma perturbação no *attachement*<sup>4</sup> biológico entre o adulto e a criança, particularmente entre a mãe e seu filho. No segundo caso o problema situa-se na transmissão transgeracional dos comportamentos e dos modos adequados de cuidar dos filhos, caracterizando a negligência cultural. O terceiro tipo de negligência é provocado pela ausência ou insuficiência de recursos do meio onde está a família. Podemos dizer que esta negligência é provocada pela pobreza e exclusão social.

---

4 Será usada a palavra *attachement* para significar apego, união, aproximação.

### 3.1 A negligência biológica

Trata-se de situações nas quais por diversas razões o encontro sensorial entre o adulto e a criança não acontece, não havendo “familiaridade”. Entre pais e seus filhos há uma reciprocidade transparente. Apesar dos laços biológicos que os une, eles não se percebem caso entre eles haja a dificuldade de “sentirem-se”. Manifesta-se na falta de interesse e rejeição por parte dos pais e pode ser compreendida como um defeito no encontro entre o adulto, a mãe e seu bebê devido à uma deficiência no tratamento recíproco de sinais químicos, psíquicos ou visuais, que lhes impedem de se reconhecer como pertencente à mesma espécie.

Neste tipo de negligência, muitas vezes a característica biológica dos pais, em especial da mãe, fica indiferente às necessidades de cuidados e aos problemas das crianças e, às vezes, manifestam uma rejeição ativa e que se exprime na forma de comportamentos violentos. Ela não se sente responsável em prover o bem-estar de seu filho e lhe concede pouco ou nenhum tempo. Há tendência permanente de se retirar fisicamente e psicologicamente da relação, que ao longo do tempo pode se caracterizar na situação de abandono.

As fontes de negligência biológica se encontram nas características das pessoas implicadas, que lhes impedem de participar de uma relação saudável. Estas características, segundo o modelo eco-sistêmico, emergem das relações do indivíduo e seu contexto de vida, no passado e no presente.

Apesar de entender como fundamental o papel dos pais, como parte do bom ou mau *attachement*, muitas das famílias onde este tipo de negligência acontece, o chefe da casa é a mãe e o pai muitas vezes é ausente ou de passagem, sendo assim, focalizaremos mais os problemas relacionados com a figura materna. As principais fontes de problemas de *attachement* biológico são: a depressão, a doença mental, a toxicomania e os traumatismos.

Dentre as mães depressivas podemos distinguir dois grupos: mães que apresentam comportamentos negligentes seguidos à uma reação depressiva devido a acumulação de fatores estressantes, e outras em que os sintomas depressivos correspondem à uma doença psiquiátrica, sendo nestas os problemas de *attachement* mais importantes e crônicos. As mães que apresentam problemas no *attachement* devido às doenças psiquiátricas, especialmente a esquizofrenia já diagnosticada antes da gravidez, apresentam uma descompensação semelhante à psicose puerperal, caracterizada pela timidez extrema, dificuldade de trocas interpessoais e atitude de isolamento ativo, como por exemplo, recusa de sair do quarto, de sair do leito e de se ocupar do bebê. Nota-se também mudanças súbitas no humor, idéias delirantes e ansiedade profunda devido ao sentimento de perda do contato com a realidade.

Nas famílias toxicômanas, a negligência é encontrada com maior frequência com crianças na idade pré-escolar. Barudy (1997) cita em sua obra, estudos realizados com 200 pais toxicômanos nos Estados Unidos, dentre eles 92 alcoólatras e 108 dependentes de heroína, mostram que as crianças destas famílias sofrem algum grau de negligência. Os pais não conseguem entrar em acordo com relação aos cuidados e atenção dispensadas às crianças.

Barudy (1997, p.85), encontra em sua experiência profissional, o fato marcante de que todas as mães com comportamento negligentes foram vítimas de violência na sua infância, *“foram as carências afetivas que deixaram as maiores marcas no viver destas mulheres. Elas foram espancadas, algumas abusadas sexualmente, mas o que realmente lhes marca é o fato de não sentirem-se amadas”*. Estas mulheres tratam mal seus filhos, porque foram maltratadas por seus pais e, muitas vezes, têm o sentimento de terem sido abandonadas.

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

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

### 3.2 A negligência cultural

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

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

Para Gabardino e Guilliam (1980) citado por Barudy (1997, p.88), não existe nenhuma fórmula universal em matéria de cuidados adaptados às crianças. Exemplificando o cuidado cultural, por eles observado, descreve o caso de colocar teia de aranha no umbigo dos recém-nascidos, entre os índios mapuches. Este ritual mágico-religioso levava muitos recém-nascidos à morte por septicemia, só que o fato da morte era também incorporado ao ritual com explicações espirituais, não acarretando assim problemas de origem ética.

Refletindo sobre este fato concreto, os pesquisadores chegaram à conclusão, após exames bacteriológicos das teias de aranha, que não eram elas a causa principal da morte das crianças, e sim a mistura que era feita com terra e os instrumentos e mãos sujas utilizados no ritual. A equipe de pesquisadores iniciaram um trabalho de educação introduzindo pouco a pouco a idéia de que a teia não precisava ser misturada com terra, e os instrumentos e mãos deveriam estar limpos. O impacto provocado por esta intervenção foi positiva, a crença estava protegida e a mudança na prática de aplicação permitiu salvar muitas crianças.

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

### **3.3 A negligência contextual: ambiente de pobreza e exclusão social**

Não podemos acusar os pais pobres de serem negligentes somente pelos sinais de negligência presentes em seus filhos. É necessário considerar o contexto onde vivem, sem trabalho, nem habitação e, muitas vezes, com o mínimo de dinheiro para alimentá-los. Isto tudo se constitui uma injustiça que agrava as condições de vida das crianças implicadas.

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

Se considerarmos os indicadores clássicos, mais da metade das crianças pobres dos países pobres e todas as crianças pobres dos países ricos deveriam ser consideradas como negligenciadas. Do ponto de vista eco-sistêmico, parece evidente que a causa da negligência não se acha apenas nos indivíduos, nas interações familiares ou nas situações de injustiça social que caracterizam os países de terceiro mundo, dentre eles o Bra-



sil, ela provém de uma injustiça maior, global, que divide o mundo em sociedades ricas e pobres.

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

O isolamento social e a marginalidade acompanham frequentemente o viver destas famílias. Polansk e Chalmers (1981) citado por Barudy (1997) definiram que as mães negligentes tem algo em comum: *elas são profundamente sós*. O isolamento das mães negligentes é agravado pelo fato que elas são os chefes das famílias monoparentais ou que participam de um modelo familiar matriarcal, onde a presença do homem é esporádica e inconsistente. As estatísticas demográficas brasileiras mostram que a maioria dos lares das grandes cidades estão sob o comando das mulheres, fato ligado diretamente com a questão de provedora de recursos materiais para o sustento da família. Sabemos também que muitas destas mulheres apesar de sustentarem suas famílias, mantém relações conflituosas com os companheiros, e que estes não exercem funções parentais com a prole (Goldani, 1994).

Uma síntese das pesquisas feitas por Micheline Mayer-Renaud, em 1985 no Centro de Serviço Social de Montreal, e citada por Barudy (1997), mostrou que as famílias monoparentais estão em números expressivos dentre as famílias negligentes. Podemos pensar que as mulheres estão sós no provento dos lares e assim não conseguem cuidar adequadamente de suas crianças?

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

Podemos concluir, concordando com Barudy (1997, p.79) que as famílias pobres são negligentes porque elas são pobres; porque elas são pobres, são facilmente isoladas. Assim a sua pobreza as deixa mais dependentes da rede de suporte social. Sem o suporte mínimo indispensável, elas não se beneficiam dos contatos sociais que poderiam amenizar as tensões e permitir o combate de parte das conseqüências da pobreza.

### **3.4 Conseqüências da negligência nas crianças e adolescentes**

As crianças negligenciadas sem tratamento podem sofrer a ausência

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

As conseqüências da negligência física sobre a criança são múltiplas, desde o retardo de crescimento devido a má-nutrição até a noção de nanismo psicossocial, quando as deficiências alimentares são acompanhadas de deficiências sociais e afetivas importantes. A criança negligenciada se considera como uma criança à parte. Sua falta de higiene, assim como sua roupas inapropriadas e sujas, despertam a rejeição por parte dos adultos e sobretudo de seus colegas de escola, seu aspecto e seu odor podem afastar todos que estão à sua volta, ampliando as conseqüências da negligência afetiva intra-familiar pelo isolamento social.

Deixados muitas vezes sozinhos, ou ainda sob os cuidados de outras crianças que não têm maturidade para tal, muitas crianças ficam à mercê de situações perigosas, acidentes e agressões. Elas são as vítimas prediletas de abusos sexuais por parte de pedófilos e de outras violências. Nos países industrializados, onde os pais passam o dia fora de casa, eles são chamados de “comme les enfant á la cle”, pois desde pequena idade eles “guardam a chave de casa em torno do pescoço”. Nos países pobres, onde muitas vezes a casa ou o barraco nem chave tem, estas crianças ficam nas ruas, onde estão expostas à todo o tipo de violência. No Brasil, principalmente nas grandes favelas, estas crianças são usadas como “olheiros” e “aviões”<sup>5</sup> para as quadrilhas de narcotráfico.

A negligência afetiva existe dentro de certas famílias, nas quais não existe maus-tratos físicos, mas há negligência psicológica mais severa, acompanhada de violência psicológica. Muitas destas famílias são, com frequência, o que poderíamos chamar “privilegiadas”. As crianças não são agredidas fisicamente, elas possuem abrigos, roupas e alimentos, mas são vítimas da rejeição ou indiferença dos pais.

A negligência afetiva pode ter um impacto sobre o crescimento físico da criança, já identificados como os critérios diagnósticos para a reação corporal à problemas afetivos, que correspondem ao retardo de crescimento do bebê por causa não orgânica, relacionada com a carência afetiva. A ausência de afeição, de empatia, de aceitação, de estimulação tanto afetiva como cognitiva (falar, tocar...), tornam os cuidados evidentemente instáveis.

---

5 Olheiros e aviões são os vigilantes locais e as pessoas que entregam a droga nas quadrilhas de narcotraficantes, respectivamente.

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

Também as conseqüências traumáticas desta experiência são evidentes. A criança negligenciada recebe, conforme Barudy (1997, p.79) o tempo todo a mensagem “*você não é digno de nosso amor, nem muito importante para nos interessar e fazer com que nos ocupemos de ti*”. O conteúdo traumático da experiência de negligência afetiva se exprime por uma baixa auto-estima e sentimento de inferioridade. As mensagens transmitidas pelo comportamento negligente e algumas vezes reforçados por palavras, vão pouco à pouco desenvolvendo nas vítimas uma tristeza profunda e ansiedade crônica.

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

As situações de negligência não provocam apenas o sofrimento das crianças, mas as obrigam à investir parte de sua energia psíquica para desenvolver comportamentos de adaptação. Seu modo de relacionar-se é caracterizado por movimentos de dependência ou de retração. Face à indiferença de seus pais, elas tornam-se muito dependentes de outros adultos. Elas procuram afeição, não importando quem a oferece, colocando-as muitas vezes em situações de risco.

Dentro do contexto social em comunidades infantis como escola, creche e outras, elas podem tornar-se possessivas, muito exigentes, procurando sempre um contato físico, deixando muitas vezes todos que estão à sua volta muito angustiados. A dependência pode também transformar-se em retração. Para se proteger de mais sofrimentos, da decepção e da frustração, a criança pára de procurar a afeição e dissimula suas emoções e, em isolar-se emotivamente ela torna-se incapaz de estabelecer relações calorosas e duráveis. Uma outra possibilidade face a frustração é colocar-se dentro de um universo fantasioso: a criança para se proteger contra a dor, imagina-se um personagem todo-poderoso que não precisa de ninguém a não ser dela própria.

Os problemas de comportamentos da criança carente para despertar atenção das pessoas a sua volta são múltiplas: fazem palhaçadas, adotam comportamento de bebês, fazem muitas bobagens e traquinagens, se ridicularizam e muitas vezes se auto-mutilam. O comportamento que mais chama a atenção dos educadores é o roubo. Lemay (1983), citado por Barudy (1997, p.96) faz uma explicação importante em relação à este

sintoma, quando fala da “delinqüência do carente”. Segundo ele a criança carente rouba para compensar a falta de emoções em que vive. Eles roubam sobretudo objetos simbólicos e alimentos, e muitas vezes roubam dinheiro para comprar presentes, numa tentativa vaga de fazer amigos. O arsenal usado pelas vítimas da negligência para sobreviver é muito grande, como por exemplo os problemas alimentares, especialmente a obesidade, a utilização de drogas e da erotização das relações interpessoais.

Além destas características apresentadas pelas crianças e adolescentes negligenciados, sintetizamos algumas pistas que auxiliam a identificação dos casos que podem aparecer no nosso cotidiano profissional, segundo Deslandes (1994) e Barudy (1997):

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

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

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

Frente a esta temática, que tantas angústias geram, concordamos com Caminha (1999 p.60), quando ele fala dos profissionais e suas competências para intervenção nas situações de violências,

*“atuar e intervir em violência exige que os profissionais envolvidos tenham por um lado a isenção do cientista, do pesquisador e do terapeuta; e do outro a capacidade de se indignar e militar numa área tão negligenciada, apesar dos avanços dos últimos anos, em nosso país”.*

Além das qualidades acima, estamos como profissionais de saúde envolvidos no aspecto das responsabilidades sócio-legais que geram tal temática. Wainer (1997) reflete que na prática, os profissionais médicos são os que identificam ou suspeitam de maus-tratos quando examinam seus pacientes, e nem sempre eles têm condições de tomar providências legais

em relação aos casos, sendo assim, necessitam ter em sua retaguarda profissionais que irão ocupar-se desta tarefa.

#### **4 Considerações finais: vivenciando o desafio de cuidar**

Como podemos perceber, as vítimas da negligência e do abuso infantil, são quase tão jovens e frágeis para obterem proteção por eles próprios, e cuidá-los requer também cuidar de suas famílias, focalizando como uma unidade de atenção à saúde e resgatando seu valor e sua competência.

Através da consulta de enfermagem e visita domiciliar percebemos seus vínculos, necessidades, fragilidades e desestruturação para desenvolver suas funções parentais sadias, muitas vezes aliadas as dificuldades de sobrevivência.

Entre os desafios enfrentados pela enfermagem trabalhando interdisciplinarmente, ficam evidentes que alguns estão relacionados na literatura, porém outros são o próprio contexto brasileiro. Identificamos como desafios, o viver saudável do próprio grupo cuidador, devido aos sentimentos que nele mobiliza o impacto dos maus-tratos, requerendo apoio terapêutico.

Há a falta de pesquisas científicas nesta área para conhecer, reconhecer, compreender e intervir na realidade das famílias, visando alcançar resultados eficazes no desenvolvimento de nossas ações práticas. Também percebemos o despreparo da comunidade e dos profissionais escolares e da saúde para reconhecer, referenciar e trabalhar com crianças e adolescentes e suas famílias, em situações de negligência e maus-tratos.

Os profissionais enfermeiros mais diretamente ligados à assistência de crianças, ressentem-se da mesma forma e, segundo Brêtas et al. (1994) referem que é necessário ter conhecimento do problema, além da dramaticidade que envolve tais situações, para cumprir sua responsabilidade profissional, legal e moral de comunicar um caso suspeito. É imprescindível desenvolver um ambiente de mútua confiança entre a criança e nós enfermeiras cuidadoras. Ela sente-se atemorizada por contar os “segredos da família”. Como encorajar seus desvelamentos? Relações dialógicas estabilizadas desde o primeiro momento do cuidado ajudam bastante, como o exemplo a seguir: durante a terceira consulta de uma criança de cinco anos, participante de um programa para suplementação alimentar de crianças desnutridas, mostramos nossa tristeza por não estar conseguindo recuperar o seu peso e passamos a trocar idéias de novas maneiras para alcançá-lo. Surpreendentemente surgiu o seu “segredo” em uma voz quase inaudível de tão baixa que era para que a avó acompanhante não ouvisse: *“Tia, a minha mãe não me dá a comida que tu me dá para levar para casa. Ela disse que se eu engordo eu vou sair do Programa e meus irmãos e ela não terão mais o que comer”*.

Para Koller (1999 p.41), a presença de problemas de saúde são fortemente associados à negligência, e sendo assim, na sua perspectiva ecológica, os serviços médicos e de saúde, tem um importante papel nesta questão, exemplifica “*a negligência nem sempre está associada com perversão, mas com o desconhecimento das necessidades básicas da pessoa negligenciada, como as mães adolescentes em relação aos cuidados de higiene e alimentação de seus filhos*”.

Como a autora acima citada, concordamos que esta temática extrapola o binômio agressor-vítima, na medida que a sociedade foi valorizando os direitos das crianças e adolescentes, um número cada vez maior de pessoas e instituições passaram a se responsabilizar pelo problema.

Quanto a prevenção primária, há necessidade de programas de prevenção, incluindo oficinas com crianças e adolescentes para, participativamente conscientizarem-se e conscientizar-nos sobre a importância de cuidar, valorizar e proteger seus corpos e suas vidas; de oficinas comunitárias para grupos de pais/famílias que têm dificuldades de relacionamento com seus filhos, devido as particularidades etárias próprias do crescimento e desenvolvimento infanto-juvenil, considerando também crenças e valores quanto aos direitos das crianças e dos adolescentes. Paralelamente faz-se necessário a criação de comitês assessores para proteção e aconselhamento familiar, nos hospitais, nas equipes forenses, junto às Varas da Infância e Adolescência, no assessoramento aos Conselhos Tutelares, além dos espaços em que já desenvolvemos nossas atividades, e em outras frentes de combate e prevenção da violência contra crianças e adolescentes.

Os desafios continuam para cuidar destes sujeitos, quando lembramos que há omissões de responsabilidade ao enfrentamento, denúncia e encaminhamento de situações de risco nas famílias. Pontuamos também, a carência de um sistema de referência e contra-referência para garantir à criança, ao adolescente, ao agressor e à família que cuidamos, a assistência e a continuidade do tratamento; e a supervisão, onde possamos monitorar os cuidados com as crianças e com a própria família, até o processo de alta, quando demonstram poder cuidar de seus filhos ou, devido as suas incapacidades, têm seus direitos de “pátrio poder” suspensos de modo temporário ou permanente.

Com relativa frequência ainda percebemos que as enfermeiras ao ingressarem no trabalho comunitário pouco conhecem sobre a problemática da violência intra-familiar, evidenciando a distância entre a academia e a realidade vivenciada na comunidade, quando aproximamo-nos da realidade das famílias, sem os preconceitos de achá-las desestruturadas, negligentes..., pois como Wainer (1997, p.86) diz, “*considerar como direito e dever de todos os indivíduos a notificação da existência desta violência é exercer a cidadania tal como exigida pelas sociedades mais avançadas*”. E é em busca desta consciência, do compromisso ético e

social, que acreditamos ser fundamental compartilhar nossas experiências de enfermeiras cuidadoras de crianças, adolescentes e famílias. Entretanto, para que isto se concretize é necessário a criação e manutenção de grupos de estudos nas universidades, nas instituições de assistência às crianças e adolescentes, integrados com as sociedades científicas e profissionais, comunidade, órgãos governamentais e não governamentais, bem como os poderes executivo, legislativo e judiciário.

#### ABSTRACT

*The intra-familial violence affects many children and teenagers as an usual familiar experience. In a theoretic study done aiming to bring contributions to prevent violence, including negligence, some elements emerge as essential of leading to effective help: knowledge, understanding and consequent reflection about its influencing and causing factors. Doing so, our professional nursing experiences as care givers led us to choose the ecosystem reference in its biological, cultural and contextual dynamics as presented by Barudy (1997), since we recognize it as appropriate to the social- economic and cultural conditions of a majority of the Brazilian families.*

**KEY WORDS:** *victimized child nursing care, neglected child nursing, ecosystem reference*

#### RESUMEN

*La violencia intrafamiliar se constitui para muchos niños y adolescentes, vivencias familiares comunes. En un estudio teorico realizado com el objetivo de traer contribuciones para la prevención de la violencia, para engendrar actitudes de ayuda concreta: el conocimiento, la comprensión y consequente reflexión de sus factores influenciadores y/o responsables. Asi, nuestra experiencias profesionales de enfermeria com el cuidado nos lleva a optar por el referencial teoricosistemico en sus dinamicas biologicas, culturales y contextuales propuestos por Barudy (1997) al reconocer apropiada las condiciones socioeconomicas y culturales de la mayoria de las familias brasileñas.*

**DESCRIPTORES:** *Enfermeria niños victimas; enfermeria niños negligenciados, referencial ecosistemico.*

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. (orgs). *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo : Iglu, 1989.

- 2 \_\_\_\_\_. *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento*. São Paulo: Cortez, 1993.
- 3 BARUDY, J. *La douleur invisible de l'enfant: approche éco-systémique de la maltraitance*. Ramonville Saint-Agne: Éres, 1997.
- 4 BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil (CF/88)*. Maurício Antônio Ribeiro Lopes (Coord.). 2. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1997.
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da criança e do adolescente*. Brasília, 1991.
- 6 BRASIL. Ministério da Saúde. *Violência contra criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica*. Brasília, 1993.
- 7 BRÉTAS et al. O enfermeiro frente à criança vitimizada. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v.7, n.1, p.03-10, jan./mar., 1994.
- 8 CAMINHA, R.M. *A violência e seus danos à criança e adolescente*. Porto Alegre: Amencar, 1999.
- 9 DESLANDES, S.F. *Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/CLAVES, 1994a.
- 10 \_\_\_\_\_. *Prevenir a violência: um desafio para os profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/Claves, 1994b.
- 11 GOLDANI, A.M. As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas. *Cadernos de Pesquisa*. São Paulo, n.91, p.7-22, nov. 1994.
- 12 KOLLER, S.H. *Violência doméstica: uma visão ecológica*. Porto Alegre: Amencar, 1999.
- 13 MORAIS, E.P. *Projeto de assistência de enfermagem à família de crianças negligenciadas: uma proposta inicial*. Florianópolis: UFSC, 1996a. Projeto da disciplina de prática assistencial.
- 14 \_\_\_\_\_. *Quando estar longe é necessário: relato de uma experiência*. Florianópolis: UFSC, 1996b. Relatório da disciplina de prática assistencial.
- 15 \_\_\_\_\_. *Enfermagem & Violência: Evitando a negligência*. Santa Maria: Gráfica Universitária, 1999.
- 16 OLIVEIRA, T. "Não gosto do meu filho". *Revista Cláudia*, São Paulo, p.214-217, abr., 1998.
- 17 ROLIM, M. et al. *Relatório Azul*. Porto Alegre: Assembléia Legislativa do RS, 1996.
- 18 WAINER, S. Proteção da criança contra maus-tratos: a legislação vigente e as ações hospitalares. In: CECCIM, R.B.; CARVALHO, P.R. *Atenção integral como escuta à vida*. Porto Alegre. Artes Médicas, 1997.

---

Endereço da autora: Eliane P. de Moraes  
Author's address: Rua São Manoel, 963  
90.620-11 - Porto Alegre - RS  
e-mail: eliane@enf.ufrgs.br