

**“Pais apanham da vida e filhos apanham dos pais”:
desvelando as suspeitas de violência contra a criança a partir da experiência de
estágio profissionalizante**

Camila Fontoura Argenti^{.*}
Esalba Maria Carvalho Silveira^{**}

Resumo - O cotidiano é permeado por situações que envolvem a questão da violência. Ela se desenvolve de diversas formas e tem muitos fatores que contribuem para o seu estabelecimento, entre elas a falta de condições mínimas para a sobrevivência da família. Entretanto, a violência doméstica não ocorre apenas em famílias carentes; ela está presente em todas as classes sociais e é um fenômeno complexo que envolve diversas dimensões. Porém, o que podemos perceber é que, devido à fragilidade na qual as famílias mais desprovidas de recursos se encontram, as situações de violência acabam sendo mais expostas e identificadas. A violência doméstica, na infância, ainda pode ser considerada um tabu, pois desvela a intimidade da família, assim como aquela que maltrata, desperta nos outros o desejo de vingança e de atribuição de culpa, esperando a sua condenação.

Palavras chave – Violência. Direitos Humanos. Vulnerabilidade

Introdução

Um dos fenômenos que se destaca pela intensidade e frequência, na atualidade, é a violência. A sua presença se faz notar nos espaços urbanos e rurais, nas pequenas e grandes cidades, nas escolas e onde menos se esperaria: nas famílias. O sistema social, que não propicia condições básicas de saúde, habitação, educação, trabalho e higiene, institui a violência estrutural e, desta forma, proporciona situações de vulnerabilidade, que podem facilitar as suas manifestações na família, subtraindo, assim, dos indivíduos, melhores condições para o seu desenvolvimento. A violência contra a criança se constitui em uma das mais graves formas de violação dos direitos humanos em nosso País, na medida em que esses pequenos sujeitos são submetidos a espancamentos, torturas e todas as formas de agressão.

Este texto pretende apresentar a experiência de pesquisa desenvolvida em nosso trabalho de conclusão de curso. O estágio que realizamos e que motivou o estudo desenvolveu-se, especificamente, com as famílias de pacientes internados na Enfermaria, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), Unidade de Cuidados Especiais Pediátrica (UCEP), PRONTOSUS (Serviço de Emergência do Sistema Único de Saúde) e em atendimento no Ambulatório de Pediatria do Hospital São Lucas da PUCRS. Todavia, abordaremos, neste artigo, o desenvolvimento da pesquisa realizada junto aos prontuários de crianças internadas com suspeitas de maus-tratos.

* Assistente Social, graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

** Assistente Social, doutoranda em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, terapeuta de família e de casal.

Inicialmente, a nossa pesquisa seria realizada através de entrevistas com as famílias que estivessem em situação de suspeita de maus-tratos. No entanto, devido à necessidade da avaliação e autorização do Comitê de Ética do HSL/PUCRS (processo que levou um certo tempo), optamos por realizar a pesquisa com base nas documentações de famílias que já haviam sido atendidas pelo Serviço Social, a fim de otimizar o curto período que restaria até o prazo de entrega do relatório para a disciplina de Pesquisa.

Por fim, traçaremos as considerações finais com relação a nossa vivência de pesquisa no espaço institucional com situações de suspeitas de maus-tratos, que propiciou nosso crescimento acadêmico e a construção do saber profissional.

Condições de vida que podem favorecer os maus-tratos: a experiência de pesquisa

Para compreender o fenômeno *violência doméstica*, buscamos desenvolver, em nosso período de estágio, uma pesquisa quanti-qualitativa que evidenciasse questões referentes às condições de vida das famílias.

Procuramos trabalhar com aspectos do seu cotidiano, pois, através das nossas intervenções, identificamos que se faziam presentes, com frequência, dificuldades econômicas e de relacionamento.

O problema de pesquisa questionava quais eram as influências das condições de vida na manifestação dos maus-tratos. Para respondê-lo, foram utilizadas algumas questões norteadoras como:

- Quais os elementos que contribuem para os maus-tratos da criança pela família?
- A sociedade contribui de alguma forma para a prática de maus-tratos?
- As famílias de crianças com suspeitas de maus-tratos vivem ou já viveram em situação de vulnerabilidade social¹ ou de núcleos e relações familiares?
- Como são as condições de vida das famílias de crianças com suspeitas de maus-tratos?

A pesquisa foi realizada de forma documental, através de dados existentes em prontuários e fichas de atendimento do Serviço Social. Utilizamos uma amostra de 20 famílias que foram atendidas nas unidades em que trabalhamos, no período entre 2001/2 e 2003/1.

Para iniciarmos a análise dos dados quantitativos, é importante dizer que observamos, em nossa coleta de dados, que existia um equilíbrio acerca do sexo das crianças: 50% masculino e 50% feminino. Outro dado refere que a cor branca apareceu em 60% das crianças e a cor negra, em 40%; eram, na maioria, naturais de Porto Alegre (80%), sendo 15% do interior do Rio Grande do Sul e 5% da Grande Porto Alegre.

¹ A *Cartilha do Programa Família Cidadã* (programa de garantia de renda mínima familiar) traz o conceito de vulnerabilidade social como aquelas situações que podem ameaçar o desenvolvimento físico, mental, social e moral das crianças.

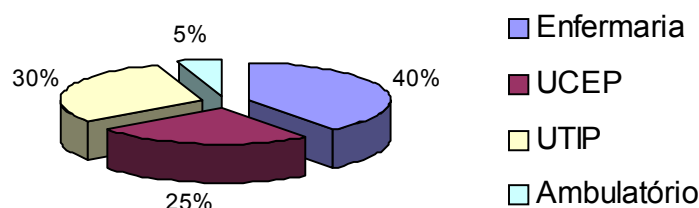


Gráfico 1 – Unidade de atendimento do paciente.

O Gráfico 1 mostra as Unidades onde os pacientes foram atendidos. Podemos ver que 40% estavam na Enfermaria (Internação), 25% encontravam-se na Unidade de Cuidados Especiais, 30% na Unidade de Terapia Intensiva e 5% no Ambulatório de Pediatria. Esse dado é importante, pois pode revelar a gravidade da situação clínica da criança. Fica claro que mais da metade (55%) estava sendo atendida em Unidades que implicam maiores cuidados como a UCEP e UTIP.

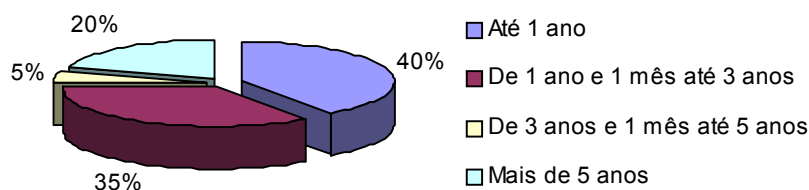


Gráfico 2 – Idade do paciente.

A partir do Gráfico 2, constatamos que as crianças com idade até um ano, representavam 40%. De um ano e um mês até 3 anos, 35%, de 3 anos e um mês até 5 anos, 5% e com idade acima de 5 anos, 20%. Percebemos que as crianças que foram atendidas com suspeita de maus-tratos tinham idade predominante de até 3 anos (75%).

Esse dado mostra que os maus-tratos ocorrem em crianças de menor idade, que são mais dependentes dos adultos. Farinatti (1993) também referiu que as crianças abaixo de 6 anos estão mais sujeitas ao desencadeamento de maus-tratos, principalmente da Síndrome de Münchhausen por Procuraçã².

² Segundo Farinatti (1993), a Síndrome de Münchhausen por Procuraçã ocorre quando a criança é levada ao hospital devido a sintomas que são provocados pelos pais. Nesse caso, ocorrem diversos diagnósticos, submetendo a vítima a exames e procedimentos desnecessários. Geralmente a mãe é a responsável, oferecendo à criança medicações inadequadas, trocando o material a ser examinado laboratorialmente, podendo, até mesmo, acrescentar sangue, fezes, sal, açúcar, entre outros, para simular alguma doença.

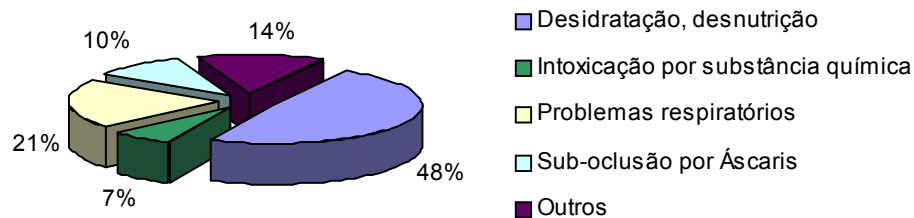


Gráfico 3 – Motivo de atendimento hospitalar.

Para nós foi imprescindível conhecer o motivo de atendimento hospitalar (Gráfico 3), pois nele estava contido o diagnóstico que, muitas vezes, relacionava-se à suspeita de maus-tratos. Foi possível visualizar que os casos de desidratação e desnutrição se faziam presentes em 48%, ou seja, praticamente a metade dos casos atendidos. Ocorreram também alguns casos de intoxicação por substância química (gasolina, medicamentos) em 7 % e suboclusão por Áscaris (vermes) em 10%. Os casos citados acima (65%) podiam estar relacionados com negligência familiar. A desidratação e a desnutrição, exceto em alguns casos, são doenças típicas de países pobres, indicando, em seu bojo, aspectos de maus-tratos por negligência. É importante destacar que, necessariamente, os pais não são os responsáveis por essa situação, mas o Estado, certamente, tem parte nesse compromisso.

Conforme o censo desenvolvido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2000 existiam 125 mil crianças até 6 anos de idade na cidade de Porto Alegre e que dessas pelo menos 10% estavam em situação de risco nutricional.

Já os casos de problemas respiratórios representavam 21% e outras patologias, 14%, não especificadas no gráfico devido a sua diversidade, entre elas: perda de visão, traumatismo craniano, doenças sexualmente transmissíveis, afogamento seguido de óbito, crises convulsivas.

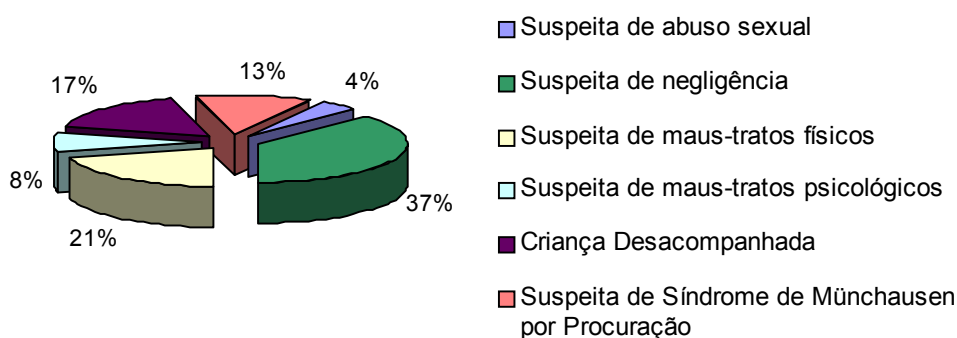


Gráfico 4 – Motivo de atendimento do Serviço Social.

A demanda para atendimento do Serviço Social por suspeita de negligência foi de 37% (Gráfico 4). Convém destacar que este dado pode ser relacionado com as informações do gráfico anterior, o qual apresentou os motivos de atendimento no hospital. Os casos de suspeita de maus-tratos físicos representaram 21% e neles estavam contidos os espancamentos, quedas, queimaduras, marcas, fissuras. Esses dados também podem ter relação com o fato de que 17% das crianças permaneciam desacompanhadas, durante a internação. Isso é importante, na medida em que os profissionais da saúde devem trabalhar na perspectiva de estimular a presença de acompanhantes na internação, que além de ser um direito, contribui para o processo de recuperação da saúde da criança.

Observamos ainda que 13% de casos eram de suspeita da Síndrome de Münchausen por Procuração, 8% de maus-tratos psicológicos e 4% relacionavam-se a suspeita de abuso sexual.

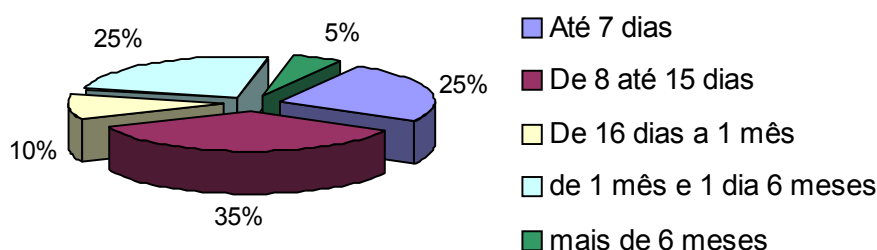


Gráfico 5 – Tempo de internação do paciente.

O tempo de internação das crianças também foi observado, tendo em vista que esse dado poderia auxiliar a revelar os possíveis maus-tratos, já que o hospital se configura em um lugar privilegiado de observação, de proteção, de confirmação ou de informação de presunções, permitindo tomar decisões que envolvam a família.

A questão referida evidencia um paradoxo, pois, em princípio, o âmbito familiar é o melhor local para uma criança permanecer e, no entanto, o que observamos é que, devido à situação de suspeita de maus-tratos, o hospital passa a ser o local de atenção à criança. Essa contradição é essencial, pois evidencia a tensão necessária para que ocorra a transformação da realidade.

O Gráfico 5 indica a seguinte porcentagem: as crianças que ficaram até uma semana no hospital representaram 25%. De 8 dias até 2 semanas, atingiram o índice de 35%; de 16 dias até um mês, de 10%; de um mês e um dia até 6 meses, de 25%; mais de 6 meses representaram 5%. Através desse gráfico, podemos ver que 55% permaneceram até 2 semanas no hospital. Esse período já foi o suficiente para ocasionar diversas mudanças no cotidiano familiar, porque a internação exige a presença de um familiar da criança que acaba deixando de lado sua vida diária, para ficar no hospital.

O número de vezes em que a criança já esteve internada deve ser considerado, pois é muito comum, nas famílias de crianças com suspeitas de maus-tratos, a internação em diferentes hospitais, pois acreditam que estarão menos expostas às mesmas equipes de profissionais. Essa informação é resultado da nossa experiência de estágio. Comprovamos

isso, pois foi possível verificar que a metade das crianças (50%) estava tendo a sua primeira internação no Hospital São Lucas. A segunda internação representava 10%, a terceira mostra, 25% e a quarta, 15%.

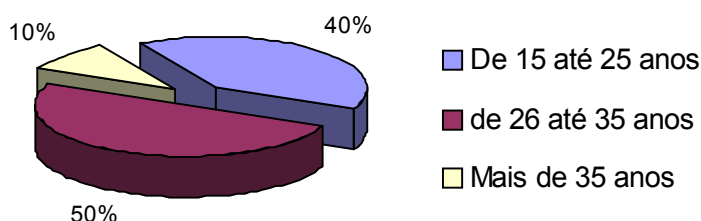


Gráfico 6 – Idade do acompanhante do paciente.

É imprescindível darmos visibilidade ao acompanhante da criança no hospital (Gráfico 6), tendo em vista que, na grande maioria, são os sujeitos com os quais exercemos a nossa prática. A figura materna representava 85% dos acompanhantes e a mãe com mais outro familiar se configuravam em 15%. É importante dizer que, muitas vezes, as mães se revezavam com outros parentes, mas, em maior número, as mães acabavam acompanhando sozinhas as crianças, não tendo com quem dividir as responsabilidades e a tensão referente à situação de hospitalização de uma criança. Devido à presença maciça de mães que acompanhavam as crianças, essas se configuravam em 100% dos usuários do Serviço Social. Conforme é visto no gráfico acima, 40% das mães tinham idade de 15 a 25 anos, 50% de 26 a 35 anos e 10% tinham mais de 35 anos. Dessa forma, podemos dizer que 90% das mães tinham idade de 15 a 35 anos, mostrando que se tratava de mães jovens, sendo 60% brancas e 40% negras.

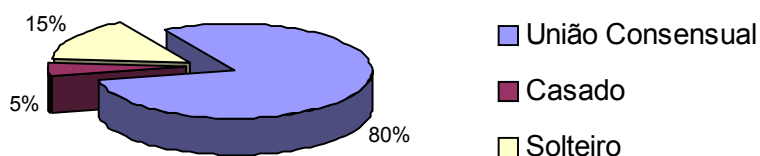


Gráfico 7 – Estado civil do acompanhante do paciente.

Os dados levantados (Gráfico 7) apontam que 5% entre as mães acompanhantes eram casadas, 15% solteiras e 80% com união consensual. Estes dados mostram as novas configurações de uniões entre casais, destacando-se as famílias monoparentais lideradas por mulheres e a predominância de uniões sem a formalização legal.

Conforme Vitale (2002), a família monoparental é aquela em que as pessoas vivem com os filhos, sem contar com a presença do cônjuge. A autora refere que é notável

o crescimento desse tipo de família, mostrando também que a falta de apoio da rede familiar (avós, tios, irmãos), nestes casos, impõe ainda mais dificuldades para as famílias, pois não contam com o sentimento de solidariedade¹ familiar.

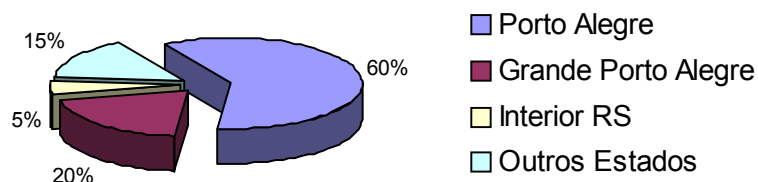


Gráfico 8 – Naturalidade do acompanhante do paciente.

As mães que eram naturais de Porto Alegre representavam 60%, da Grande Porto Alegre, 20%, do Interior, 5% e de outros Estados, 15% (Gráfico 8). Esse dado mostra que 80% dessas pessoas estavam entre aquelas que já viviam em centros urbanos. Podemos ver uma relação deste dado com o próximo gráfico.

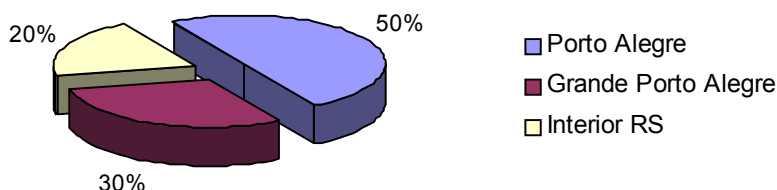


Gráfico 9 – Procedência da família do paciente.

O Gráfico 9 pode ser relacionado com o Gráfico 8, pois 50% das famílias eram procedentes de Porto Alegre, 30% vinham da Grande Porto Alegre e 20%, do Interior do Estado. Podemos constatar que 80% (mesmo número da naturalidade apresentada no Gráfico 8) viviam em áreas urbanizadas. A relação desses dois dados mostra que as mães nasceram e permaneceram no mesmo tipo de local, ou seja, de certa forma, estão acostumadas com a configuração de vida em cidades mais desenvolvidas.

Devido à necessidade de recursos e de tecnologia não disponíveis nas pequenas cidades, muitas vezes, a população do Interior é encaminhada aos grandes centros urbanos em busca do atendimento adequado. Percebemos que o baixo número de pacientes procedentes do interior (20%) pode ser decorrente do fato de que existem alguns outros centros de referência em saúde e com maior capacidade de leitos.

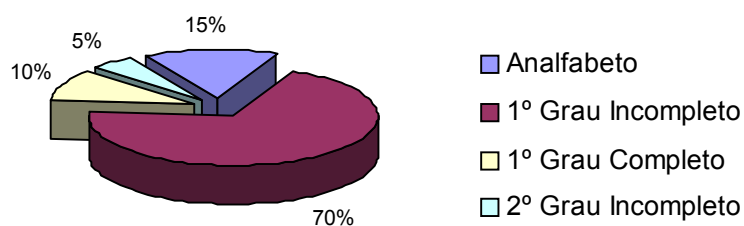


Gráfico 10 – Escolaridade do acompanhante do paciente

O Gráfico 10 revela o baixo nível de escolaridade das mães, na medida em que 70% possuíam apenas o 1º grau incompleto e 15% eram analfabetas. Totalizavam 10% com o 1º grau completo e 5% com o 2º grau incompleto. O fato de, entre outros, terem que trabalhar para ajudar no sustento da família e cuidar dos irmãos mais novos para que os pais possam trabalhar são situações do cotidiano que permitem que os indivíduos antecipem a sua saída da escola. Isso ocorre, porque as famílias não encontram outras alternativas para sobreviver. Aqui, mais uma vez se revela uma expressão da questão social, pois a precariedade do nível de escolaridade se reflete diretamente na dificuldade de inserção no mercado de trabalho.

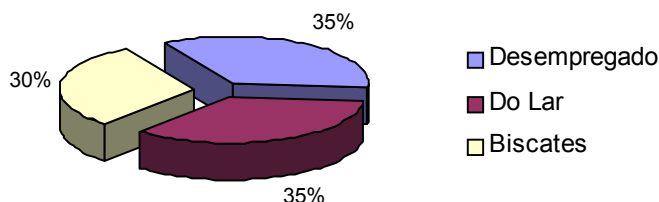


Gráfico 11 – Ocupação do acompanhante do paciente.

Devido ao baixo nível de escolaridade, é importante analisar o tipo de ocupação das mães: eram 35% do lar (exerciam atividades domésticas em suas casas como limpeza, organização, cuidado com os filhos, etc.), 35% estavam desempregadas e 30% trabalhavam fazendo biscates (faxinas, juntar latinhas e papel, guardar carros, vendedora ambulante...). É possível dizer que 70% das mães não exerciam nenhum tipo de atividade remunerada, dado este que pode estar relacionado com o estado civil das mesmas que mostrou que 80% possuíam uma união consensual, o que nos leva a considerar que muitas dessas mães dependiam financeiramente dos companheiros.

O índice de escolaridade mostrou que 85% dos acompanhantes eram analfabetos ou possuíam o 1º grau incompleto se relaciona com o alto número de pessoas desempregadas ou trabalhadoras do mercado informal (65%).

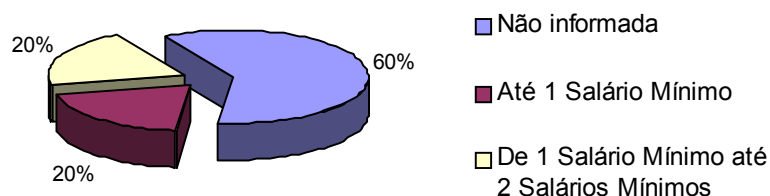


Gráfico 12 – Renda do acompanhante do paciente.

A grande maioria das mães não informou a sua renda (60%). Novamente podemos relacionar com a ocupação das mães que referia que 70% não exerciam atividades remuneradas (Gráfico 11). O fato de que 80% das mães possuíam uma união consensual e 30% faziam biscates se relaciona diretamente com as rendas apresentadas: até um salário mínimo atingiam 20% e de um a dois salários mínimos, 20%.

Podemos observar também que esse dado está intimamente ligado à questão da escolaridade. É possível relacioná-los, pois 95% dos acompanhantes apresentavam escolaridade não superior ao 1º grau completo. Assim, a não informação ou a ausência de renda, mostrava que a baixa escolaridade é um dos fatores que não as habilitava às exigências do mercado de trabalho.

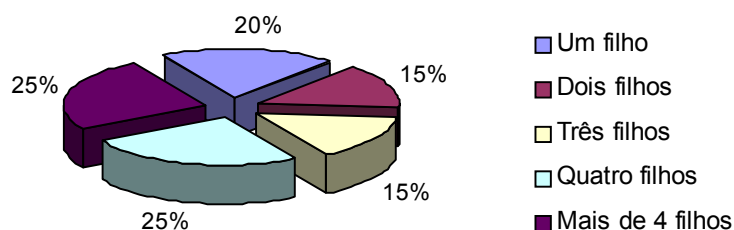


Gráfico 13 – Número de filhos do acompanhante do paciente.

O número de quatro ou mais filhos representava 50% do apresentado. Esse dado é importante, pois pode ser relacionado com a idade das mães (40% entre 15 e 25 anos e 50% entre 26 e 35 anos) e mostra uma realidade atual, pois falamos de mães que são jovens, mas já têm um número considerável de filhos. Isso também pode dar uma idéia da quantidade de pessoas que residem na mesma casa.

Os registros descritivos, que foram encontrados nos prontuários e fichas de atendimento do Serviço Social, possibilitaram o conhecimento das famílias numa perspectiva qualitativa, destacando, a partir daí, as categorias: relações familiares, comportamento da criança, saúde mental do acompanhante e condições de habitação.

Pudemos analisar alguns aspectos referentes às relações familiares do paciente. Dos 20 casos pesquisados é possível dizer que em 5 destas famílias havia crianças que não residiam com os pais, por diversos motivos, sendo o principal a situação financeira. De acordo com o dado apresentado no Gráfico 13, que mostra que 50% das mães tinham quatro filhos ou mais, podemos dizer que devido a esse número considerável, muitas vezes as famílias não conseguiam atender, nem ao menos, as necessidades básicas de sobrevivência, fazendo com que as famílias recorressem ao auxílio de outras pessoas para acomodarem seus filhos, às vezes até mesmo pelo espaço físico de suas casas.

Através dos relatos encontrados nos documentos que utilizamos, é possível dizer que 13 famílias tinham uma rede de apoio restrita, ou seja, não podiam contar com o auxílio de outros familiares. Os outros 7 casos mostraram a possibilidade de ajuda de parentes próximos ou vizinhos nos cuidados com as crianças, com auxílio material, como dinheiro e alimentação.

Os conflitos familiares de relacionamento apareceram em 15 casos, de forma intensa, como brigas entre o casal, submissão, abuso sexual na família, relações extraconjugais, agressões físicas e verbais, a presença de alcoolismo, a não aceitação de enteados, entre outros. Os relacionamentos familiares que se apresentaram de forma mais positiva foram 5 casos. Apareceram registros referentes a questões como amor, atenção, respeito, limite, cuidados, apoio e compreensão.

Observamos, também, aspectos referentes à relação do usuário do Serviço Social (100% mães) com a criança atendida na instituição. Pudemos perceber que, em 6 casos, as mães apresentavam para a equipe sentimentos como amor e carinho. Foi possível visualizar isso através da fala de uma mãe e que se encontrava no prontuário da criança: “[...] às vezes não tem o que comer na minha casa, mas eu amo muito os meus filhos, faço tudo por eles [...]”.

Foi possível constatar, também, alguns outros aspectos referentes à relação mãe/filho. Estamos falando a respeito dos registros (4) que encontramos que mostravam que a criança ficava sem visitas e permanecia quase sempre desacompanhada. Esse fato pode ter sido resultado de diversos aspectos como: não ter condições de ir até o hospital, não ter com quem deixar os outros filhos (6 casos) ou até mesmo por uma ausência de vínculo mãe e filho, pois as crianças estavam internadas desde o seu nascimento ou porque passaram mais tempo internadas do que em casa com as suas famílias. É o que se pode constatar através da fala de outra mãe que disse: “Por que eu vou ficar aqui no hospital? Aqui tem um monte de gente pra cuidar dela e em casa eu tenho o meu filho, que eu amo, ela eu nem conheço, não sinto falta, já estou acostumada”. É necessário, portanto, que a equipe de saúde, em especial os profissionais do Serviço Social, busquem tentar fortalecer o vínculo entre a criança e a família, o que auxilia muito o processo de recuperação e tratamento da criança.

Através dos prontuários e fichas, vimos que alguns pais ficavam ao lado do filho internado por 24 horas; outros passavam o dia com o filho e dormiam em casa pela noite; outros trabalhavam durante o dia e ficavam com o filho durante a noite e outros pais, simplesmente, não compareciam ao hospital para ficar com o filho doente (4 casos).

Apareceram também alguns casos como de mães que não demonstravam bons cuidados com os filhos durante a internação (5 casos), pois se descuidavam facilmente e administravam as medicações de maneira incorreta. Percebemos também, através dos registros nos prontuários, que algumas mães (3 casos) apresentavam uma preocupação demasiada com as crianças, tinham muito medo que algo acontecesse.

Acreditamos, também, que foi relevante analisar o comportamento das crianças durante o atendimento hospitalar, pois a distância de casa, das suas coisas, de seus brinquedos e da sua família traz insegurança à criança, fazendo com que ela perca o seu referencial, visto que passa a conviver em um mundo estranho.

Percebemos que as crianças, em geral, mantinham um comportamento que oscilava entre momentos de agitação e de tranquilidade, porém foi possível ver que em 8 casos tratava-se de crianças que pareciam permanecer mais tempo ansiosas, agitadas, nervosas, inquietas e irritadas; três crianças demonstravam sentimentos relacionados à solidão, como tristeza e depressão e 7 crianças manifestavam, por um período maior, tranquilidade e calma.

Em relação às condições de saúde mental das mães, pudemos perceber, através dos prontuários, que 5 delas realizavam acompanhamento com a Psicologia e/ou com a Psiquiatria, durante a internação da criança. As mães se apresentavam, na maioria dos casos (12), de forma agressiva, impulsiva, depressiva, impaciente, chorosa, ansiosa e de difícil diálogo. O uso de álcool e drogas se fez presente explicitamente em 3 casos e a tentativa de suicídio apareceu, também, em 3 casos. Outro dado significativo, encontrado nos registros, foi a dificuldade das mães em fornecer as informações solicitadas referentes a datas, idades, espaços, tempo, entre outros, mostrando uma certa desorientação.

As condições de saúde mental das mães se constituem em um dado importante na medida em que a forma como a família reage frente à hospitalização pode influenciar as reações da criança neste período. Nesta mesma perspectiva, pensamos ser essencial ter conhecimento a respeito de quem cuida da criança diariamente, em casa. Foi possível ver que 11 mães cuidavam dos filhos sem o apoio de outro familiar. Outras 7 contavam com o auxílio de outros parentes, como avós paternos e maternos, tios paternos e maternos e irmãos da criança. Essas mães que tinham o auxílio de outras pessoas eram as que conseguiam sair para trabalhar fora de casa. Podemos dizer que 2 crianças possuíam uma trajetória de internação hospitalar longa, permanecendo mais tempo no hospital, sob os cuidados da equipe, do que em casa, com algum familiar.

As questões referentes à habitação são importantes, pois revelam as condições em que os sujeitos vivem. Pudemos perceber que 15 famílias diziam morar em casa própria, cedida ou até mesmo invadida. Essas casas se referiam a construções em conjuntos habitacionais populares e também em áreas não legalizadas.

Algumas famílias residiam em terrenos onde existiam diversas casas (5 casos), ou seja, dividiam o mesmo pátio com outros familiares e, às vezes, chegavam a morar na mesma casa. Dessa forma:

[...] quando não é possível ter uma casa, comprada, cedida ou alugada, formando um núcleo independente para a realização das diferentes atribuições do homem e da mulher, a rede familiar se mantém na cena cotidiana. O novo casal fica na casa dos pais de um dos cônjuges, criando uma situação sempre concebida como provisória (Sarti, 2003, p. 64).

Percebemos que essa organização reflete a solução encontrada por essas famílias diante das grandes dificuldades vivenciadas e referentes às políticas habitacionais, emprego/trabalho e à situação de pobreza.

Observamos que poucas pessoas residiam em casas alugadas, até mesmo pelo fato de grande parte das famílias ter uma renda muito baixa que não oferece condições de assumir o pagamento de aluguel. As casas possuíam de duas a quatro peças, sendo as

principais: banheiro, quarto, sala e cozinha. É importante dizer que 3 famílias não tinham banheiro em casa. Esse dado é relevante, pois mostra o tamanho da casa e, também, pode-se relacionar com o número de pessoas que viviam nela. Conforme a análise quantitativa, 80% das mães possuíam um companheiro e 50% das mulheres tinham quatro ou mais filhos. Então é possível dizer que, na maioria das casas, residiam o casal e mais quatro filhos, porém, como já foi visto anteriormente, sabemos que em 5 famílias existia algum filho que não morava na mesma casa.

As casas eram, na maioria, de madeira, com água, luz e esgoto. Conforme os relatos, muitas casas tinham luz “puxada” do vizinho. Cabe ressaltar, ainda, que 3 casas não possuíam banheiro, nem água, nem luz, nem esgoto. Havia também uma família que não possuía residência fixa, morando em uma barraca de lona, no pátio de familiares.

Através dessa pesquisa, pensamos que vários elementos podem contribuir para os maus-tratos da criança pela família, pois possuem suas raízes na estrutura social e envolvem também aspectos psicológicos e culturais, podendo-se deduzir que um dos fatores que contribui para a prática de maus-tratos é a situação de miserabilidade que estas famílias enfrentam.

Acreditamos que é preciso começar um trabalho de prevenção para impedir todas as formas de violência. E, para isso, é necessário esclarecer a população sobre os direitos das crianças e realizar diversos trabalhos com grupos, principalmente, nas instituições hospitalares para oferecer apoio a todas as famílias.

Uma outra forma de prevenção poderia ser feita através do planejamento familiar, já que, em nossa pesquisa, 50% das mães tinha quatro ou mais filhos. Isso é importante, pois quanto mais filhos, mais difíceis se tornam as condições de vida da família. É importante, porém, termos clareza de que cabe apenas à família tomar essa decisão.

Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer força coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas (Brasil, 2002, p. 137).

Muitos outros fatores culturais também podem contribuir para os maus-tratos; um deles é o poder que o adulto possui perante a criança. Através da pesquisa, ficou claro que a sociedade pode contribuir para a prática de maus-tratos, pois os aspectos sociais acabam facilitando a ocorrência da violência doméstica. Dessa forma, a miséria, o desemprego e as condições de vida precárias, que se configuram como expressões da questão social, influenciam no desencadeamento dos maus-tratos, na medida em que, muitas vezes, as famílias sentem-se pressionadas com a precariedade na satisfação das suas necessidades. Aliado a todas as dificuldades ainda existe o estresse do trabalho doméstico, fator que pode propiciar a agressão.

As famílias de crianças com suspeitas de maus-tratos, muitas vezes, viveram em situação de vulnerabilidade de condições materiais e de núcleos e relações familiares, não possuíam condições de prover uma alimentação e cuidados necessários para a criança, colocando-a em risco. Conforme foi visto nos dados da pesquisa, pode-se dizer que 15 dos casos mostravam relações familiares muito conflituosas e intensas. Geralmente os casos apareciam através de internações por desnutrição e desidratação, caracterizando, inicialmente, uma negligência familiar. Dessa forma, o processo de pesquisa nos possibilitou conhecer a realidade das famílias que tinham crianças com suspeitas de maus-

tratos e confirmou que a avaliação do Serviço Social é fundamental para conhecer as condições de vida das famílias, para que se possa desvelar e trabalhar a possibilidade dos maus-tratos.

Considerações finais

Acreditamos que, para ter saúde, é preciso contar com condições de vida dignas, tendo acesso à alimentação, moradia, educação, trabalho e lazer. A esse respeito, a nossa experiência em pesquisa, com as famílias de crianças com suspeitas de maus-tratos, nos levou a concluir que o Estado, na medida em que não oferece subsídios dignos de sobrevivência à população, reproduz a situação de maus-tratos às famílias. Sendo assim, constatamos, através da pesquisa, que os usuários, em geral, são pessoas que vivem em situação de exclusão social, podendo-se dizer que estão vivendo cada vez mais, em condições subumanas.

A nossa vivência de estágio profissionalizante nos proporcionou crescer e avaliar a importância do nosso papel para a sociedade, qual seja o de um agente transformador, que visa à mudança do contexto social do ser humano, de forma a garantir a satisfação dos direitos sociais básicos da população.

Longe de ser uma atribuição específica de especialistas, perceber a existência de maus-tratos é uma tarefa/dever de qualquer pessoa, no exercício de sua cidadania. Para o assistente social, a prática junto a esta realidade representa uma forma de enfrentamento e resistência à reprodução das diversas expressões da questão social.

A violência, além de uma questão de justiça, é, também, um assunto de saúde pública, necessitando, para tanto, de serviços qualificados para a sua abordagem. É preciso, também, que existam políticas públicas que busquem prevenir a violência doméstica e o treinamento de todos os profissionais que trabalham nesse contexto.

A partir da prática de pesquisa documental, pensamos que é preciso fazer constar as histórias de maus-tratos nas fichas dos pacientes, de forma mais clara e precisa, a fim de prevenir futuras agressões e de ter dados mais concretos para que seja possível realizar ações de prevenção coletiva, que esclareçam e prestem apoio.

Além disso, a população, em geral, demanda uma atenção no que se refere à necessidade da promoção de melhores condições de educação, de preparação ao trabalho e de oportunidades de emprego. Através da efetivação desses direitos, seria possível impulsionar o processo de erradicação da violência doméstica.

Observamos ser freqüente a moralização da questão social, que, segundo Barroco (2001), expressa-se de algumas formas como: a responsabilização dos sujeitos pelas suas condições sociais (culpando as famílias pela sua situação), a subordinação dos indivíduos a várias formas de discriminação (fazendo com que as pessoas se submetam a aceitar formas de exclusão), a transformação do direito em benefício (na medida em que o direito não tem garantia de efetivação, como por exemplo, o fato de os acompanhantes contarem com o auxílio de trabalhos voluntários para sua alimentação). A reprodução desta moral, alienada e subalternizada, é freqüente e propicia, cada vez mais, a continuidade desta visão frente aos maus-tratos.

Foi importante a nossa atuação junto às famílias, pois, dessa forma, tornou-se possível estabelecermos um espaço de reflexão aos seus membros, visando à proteção da

criança. Sabemos que é preciso chegar antes que o fato aconteça, através da sensibilização dos pais, da comunidade e dos profissionais, de forma a divulgar o conteúdo do Estatuto da Criança e do Adolescente, prevenindo a violência doméstica que mutila etapas do desenvolvimento de suas vítimas.

Concordamos com Farinatti (1993), ao referir-se que o ideal é que se faça um trabalho de prevenção para diminuir, cada vez mais, as situações de violência nas famílias como, por exemplo, desenvolvendo ações no período pré-natal, quando se buscasse, de alguma forma, estimular as aptidões dos pais na criação dos filhos, através de conversas informais ou palestras nas próprias instituições hospitalares, além de reforçar a importância da participação do pai na educação das crianças, enfatizando o seu apoio como um elemento essencial. No entanto, a nosso ver, as possibilidades de enfrentamento dessa realidade vão além da proposta de prevenção citada anteriormente. Elas perpassam pelo contexto social e precisam atingir toda a sociedade e não apenas uma camada.

Queremos ressaltar a importância e a necessidade de os assistentes sociais se apropriarem de questões que fazem parte do cotidiano profissional, para que, a partir da historicidade dos fenômenos que se refletem na sociedade, possamos nos preocupar com a transformação da realidade. Para isso, é fundamental o desenvolvimento de pesquisas, pois não podemos pensar apenas nas consequências dos fatos, mas também no caráter polissêmico dos fenômenos, a fim de criar propostas mais efetivas de intervenção.

Concluímos a pesquisa com a certeza de que as crianças, vítimas de maus-tratos, sofrem muitos prejuízos no seu desenvolvimento; no entanto continuamos tendo a certeza da possibilidade de mudança e de superação dessa realidade.

Referências

BARROCO, Maria Lúcia Silva. *Ética e serviço social: fundamentos ontológicos*. São Paulo: Cortez, 2001.

Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 29. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

FARINATTI, Franklin. *Pediatria social: a criança maltratada*. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.

RIO GRANDE DO SUL. *Cartilha Programa Família Cidadã: garantia de renda mínima familiar*. Governo do Estado do Rio Grande do Sul.

SARTI, Cyntia Andersen. *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

VITALE, Maria Amalia Faller. Famílias monoparentais: indagações. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 71, p. 45-62, 2002.