

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
EXPANSÃO PÓLO III - UFRGS - PORTO ALEGRE**

**CRIANÇA HOSPITALIZADA POR MAUS-TRATOS:  
o cuidado e o significado das vivências  
de cuidadores de enfermagem**

**JANE ISABEL BIEHL**

**Porto Alegre, setembro de 1997.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
EXPANSÃO PÓLO III - UFRGS - PORTO ALEGRE**

**JANE ISABEL BIEHL**

**CRIANÇA HOSPITALIZADA POR MAUS-TRATOS:  
o cuidado e o significado das vivências  
de cuidadores de enfermagem**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC - Expansão Pólo III - UFRGS - Porto Alegre-RS, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de Assistência em Enfermagem.**

**Orientadora:**

**Profa. Dra. OLGA ROSARIA EIDT**

**Porto Alegre, setembro de 1997.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
EXPANSÃO PÓLO III - UFRGS - PORTO ALEGRE**

**CRIANÇA HOSPITALIZADA POR MAUS-TRATOS:  
o cuidado e o significado das vivências  
dos cuidadores de enfermagem**

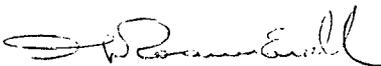
**JANE ISABEL BIEHL**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de

**MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Sendo APROVADA em 22 de setembro de 1997 e atendendo às normas da legislação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC.

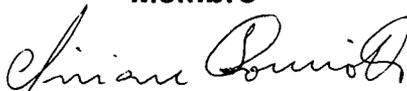
**Banca Examinadora:**



**Profa. Dra. OLGA ROSARIA EIDT  
Presidente**



**Prof. Dr. IVO GELAIN  
Membro**



**Profa. Dra. MIRIAN COMIOTTO  
Membro**



**Profa. Dra. DULCE MARIA NUNES  
Membro**



**Profa. Dra. BEATRIZ LARA DOS SANTOS  
Membro**

## Ficha Catalográfica

B587c Biehl, Jane Isabel.  
Crianças hospitalizadas por maus-tratos: o cuidado e o significado das vivências de cuidadores /Jane Isabel Biehl; Orient. Dra. Olga Rosaria Eidt. - Florianópolis: UFSC, Porto Alegre: UFRGS, 1997.  
200 p.  
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Expansão Pólo III - UFSC - UFRGS.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina / Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1997.  
1. Fenomenologia. - 2. Criança maltratada. - 3. Cuidados de Enfermagem. I. Olga Rosaria Eidt.- II. Universidade Federal de Santa Catarina. - III. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. IV. Título.

Lúcia Vauthier Machado Nunes  
Bibliotecária - CRB 10/193

*“... quando examinar uma criança  
cuide, por favor,  
do amor e da esperança  
que também são saúde  
veja, que os olhos brilhem,  
que a garganta cante,  
que o corpo brinque...”*

*Roberto Rezenstiner [s.d.]*

*Dedico este estudo às crianças que sofrem ou sofreram  
maus-tratos,... que sejam encorajadas a expressarem suas  
inconformidades, levando-nos a romper o círculo vicioso  
desta síndrome.*

## MEU RECONHECIMENTO ...

À Michelle, que ao vivenciar minhas inseguranças, soube expressá-las em suas inquietações... despertando-me a consciência de meu existir.

Ao Felipe, pelo incentivo e compreensão sem medida na transparência de sua fala: *“Ah, mãe! Tu és o meu orgulho.”*

À Caroline, que, melodicamente, com seu violino, fez vibrar minhas emoções, dizendo-me a todo instante: *“mãe, como é bom tu estares comigo...”*.

Ao Fredy, companheiro, amigo fiel e amoroso, que soube compreender este momento de minha formação, apoiando-me em todas as sinuosidades desta trajetória. Sua presença constante e disponível fez-me concluir este estudo.

A toda minha família que se encontra num constante vir-a-ser, agradeço a Deus por suas bênçãos e faço deles as minhas pequenas vitórias, minhas ansiedades, esperanças e sonhos de um viver saudável. Amo vocês.

... a Deus que nos dá segurança para lutarmos pelo amor e pela justiça.

## HOMENAGEM E AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Professora Dra. Olga Rosaria Eidt, permanente orientadora e especial amiga, estimulando minhas capacidades ao trilhar os caminhos da fenomenologia. Obrigada pela compreensão, confiança e incentivo.

À Professora Dra. Míriam Comiotto, que sempre demonstrou interesse e dedicação e nos apontou novas formas de vivenciar o mundo.

À Professora Dra. Dulce Maria Nunes, profissional competente e amiga que trouxe contribuições importantes para a construção deste trabalho. Obrigada pelo respeito e carinho.

Às minha amigas Mestra Beatriz Sebben Ojeda e Terezinha Scussel. “... *um verdadeiro amigo é mais chegado que um irmão*” (Pr. 18.23). Obrigada pelo amor fraterno nos momentos significativos do meu viver.

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Aos meus pais e irmãos, que sempre me encorajaram nesta caminhada, dedico-lhes minha admiração, amor e respeito.

Aos meus sobrinhos e afilhados, que em suas vivências infantis tragam apenas recordações de amor.

Às colegas Lucilda, Libana e Mariene, por me possibilitarem experimentar, na vivência de nossa amizade, o mundo dos sentimentos.

Ao Dr. Raul Seibel e ao Administrador Sr. Leomar Bamann que sempre demonstraram acreditar no meu potencial humano e profissional, incentivando-me a ingressar no Curso de Mestrado, meu agradecimento e admiração.

À Simone Algeri, pela credibilidade em meu potencial incentivando-me a lutar em prol do cuidado à criança maltratada.

À Marlene Silveira Pinto, que soube, incansavelmente, “*ver com o coração*” as correções necessárias ao digitar este trabalho. Verdadeira companheira de luta.

À Rejane, pelos momentos em que me substituiu nas funções do lar.

Agradeço a todas as pessoas que de alguma forma colaboraram para que este caminho fosse trilhado.

## AGRADECIMENTOS

Ao Hospital da Criança Santo Antônio, aonde cresci, física e profissionalmente, fazendo-se parte de minha história de vida.

Aos profissionais do Comitê dos Direitos da Criança, em especial, ao Dr. Franklin Farinatti, que com conhecimento e dedicação, incentivaram-me a trilhar este caminho.

Aos colegas Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem do HCSA, participantes deste estudo, que ao revelarem suas experiências, oportunizaram momentos significativos de aprendizado. Com muito carinho agradeço por compreenderem a proposta e pela iluminada contribuição trazida em suas falas.

À Irmandade Santa Casa de Misericórdia, pela presença marcante em minha trajetória profissional, em especial à direção, pela confiança e interesse em prol de minha qualificação profissional.

À UFRGS e UFSC, nas pessoas de seus diretores e professores, pela oportunidade deste Curso de Mestrado, que representou um marco de transformação em minha existência.

Aos colegas e secretárias da Coordenação do Programa de Pós-Graduação - CPPG, pelo convívio e solidariedade humana.

À Eliane, que, em sua primazia, demonstra uma dimensão singular de ser, desvelando e incentivando as nossas pluralidades.

À Profa. Dra. Lucinda pela revisão da dissertação e pela contribuição dada com suas valiosas observações.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	13
<b>ABSTRACT</b> .....	14
<b>1 CONSTRUÇÃO DE MINHA CONSCIÊNCIA COMO CUIDADORA DO SER-CRIANÇA</b>	15
1.1 Repercussões de minha infância.....	16
1.2 Trajetória profissional .....	21
<b>2 COMPREENDENDO O PROCESSO DOS MAUS-TRATOS INFANTIS ATRAVÉS DOS TEMPOS</b> .....	27
2.1 Caminhando pela história .....	28
2.2 Amplitude do fenômeno “criança maltratada” .....	34
<b>3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA</b> .....	44
3.1 Definindo a temática a ser estudada .....	44
3.2 Escolha do caminho .....	48
3.3 O local e os sujeitos da pesquisa.....	56
3.4 Reflexões éticas .....	58
3.5 Coleta de informações .....	61
3.6 Análise: passos para a compreensão do fenômeno.....	66
3.7 Diagrama ilustrativo do método fenomenológico .....	71
<b>4 PARTICIPANTES DA CAMINHADA</b> .....	72
4.1 Denominando os sujeitos.....	72
4.2 Características pessoais .....	82
4.3 Representação ilustrativa dos sujeitos e seu mundo vivido.....	84
4.4 Síntese das vivências significativas dos cuidadores.....	85
<b>5 O DESVELAR DOS SIGNIFICADOS: essências fenomenológicas e suas dimensões</b> .....	126
5.1 Essências fenomenológicas e suas dimensões.....	128
5.2 O cuidador: um ser em constante devir.....	129
5.2.1 Revivendo suas próprias experiências de vida.....	129
5.2.2 Construindo-se pessoa na relação com o outro .....	133
5.2.3 O mundo dos sentimentos .....	136
5.2.4 Experiência e conhecimento: um saber epistemológico.....	140

5.3 O despertar para a compreensão do fenômeno maus-tratos.....	144
5.3.1 Enfrentando a situação de maus-tratos.....	144
5.3.2 Criança: compreendendo sua linguagem.....	147
5.3.3 Família: o alicerce do ser? .....	151
5.3.4 Sociedade: aonde estás? .....	157
5.4 O processo de cuidar: a urgência .....	162
5.4.1 O cuidador: encontros vivenciais de cuidado.....	162
5.4.2 Equipe interdisciplinar na ajuda.....	169
5.4.3 Hospital: <i>locus</i> para uma nova vida .....	174
5.5 O cuidado ressignificando o viver .....	178
5.5.1 Vidas fragilizadas: as marcas indelévels.....	178
5.5.2 O vínculo transformador.....	183
5.5.3 Enfrentando os limites da abrangência do cuidado .....	187
<b>REFLEXÕES EMERGIDAS DA CAMINHADA.....</b>	<b>194</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>202</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>206</b>

## RESUMO

Esta investigação foi realizada com o propósito de desvelar o cuidado e o significado das vivências de profissionais da equipe de enfermagem como cuidadores de crianças hospitalizadas por maus-tratos. O *locus* de estudo foi o Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), em Porto Alegre, e os participantes da pesquisa constituíram-se em número de dez profissionais de enfermagem, incluindo enfermeiras e auxiliares de enfermagem. A abordagem qualitativa com ênfase na fenomenologia de Merleau-Ponty foi analisada pelo método fenomenológico proposto por GIORGI (1988) e COMIOTTO (1992). A investigação desvelou quatro essências fenomenológicas: 1ª) O cuidador: um ser em constante devir; 2ª) O despertar para a compreensão do fenômeno maus-tratos; 3ª) O processo de cuidar: a urgência; 4ª) O cuidado ressignificando o viver. A consistência dessa investigação foi revelada nos encontros dialógicos através dos significados expressados sobre o cuidado à criança hospitalizada por maus-tratos pelos profissionais de enfermagem. As essências evidenciaram, além da profundidade dessas vivências, a postura dos cuidadores de enfermagem, suas aprendizagens, suas reflexões sobre o tema e suas significações como seres humanos - cuidadores, construindo-se ao construir a sua própria história.

## **ABSTRACT**

The present investigation was carried out with the purpose of disclosing the significance of the experiences lived by the nursing staff professionals when looking after abused children. The study was developed at Hospital da Criança Santo Antônio (a hospital for children) in the city of Porto Alegre, south of Brazil. Ten professionals, including nurses and nurse's aides, took part in the research. The qualitative approach emphasizing Merleau-Ponty's phenomenology was applied based on the phenomenological method presented by GIORGI (1988) and COMIOTTO (1992). The investigation disclosed four phenomenological essences: 1<sup>st</sup> -- the care taker: a being who constantly evolves; 2<sup>nd</sup> -- the awareness towards the realization of the child abuse phenomenon; 3<sup>rd</sup> -- the caring process: an emergency; 4<sup>th</sup> -- caring giving a new significance to life. The investigation proved to be well-founded during the dialogic meetings through the significance the nursing professionals expressed concerning the care for the abused children. Besides the depth of those experiences, the essences also demonstrated the nursing care takers's behavior, what they have learned, their reflections on the subject and their significance as human beings — care takers who build themselves as they build their personal history.

# **1 CONSTRUÇÃO DE MINHA CONSCIÊNCIA COMO CUIDADORA DO SER-CRIANÇA**

Falar de minha consciência significa falar de minhas vivências pessoais e profissionais que construíram o meu ser. Ao vivenciar o cuidado à criança nos diferentes prismas como mãe e como enfermeira, muitas indagações surgiram no sentido de conceber a estes pequenos seres possibilidades de um viver saudável.

Diante do contexto de cuidado vivenciado, despertavam-me atenção especial as crianças vítimas de maus-tratos, causando-me inquietudes, incertezas e questionamentos. A busca de compreensão do processo de construção do meu ser possibilitou-me ir ao encontro da enfermagem pediátrica e do mundo dos maus-tratos infantis.

Ao longo do tempo, fui descobrindo conhecimentos que me levaram a compreender a amplitude do fenômeno criança maltratada, como cuidadora e pesquisadora que se encontra em busca da compreensão dos momentos vivenciais de cuidado à criança hospitalizada por maus-tratos e o significado destas vivências aos cuidadores da equipe de enfermagem.

Tenho como propósito oferecer novas possibilidades que beneficiem o cuidado a essas crianças, e despertar nos cuidadores um novo olhar para este fenômeno social tão velado e tão presente em nosso cotidiano.

## 1.1 Repercussões de minha infância

A vertente existencial de Merleau-Ponty é uma tentativa de compreender o homem situado, estabelecido, pois

*“há sempre um pressuposto quando se começa a refletir, a pensar: a minha própria existência. Esta que precisa ser explicitada, compreendida e interpretada. A existência é pré-dada à reflexão. A existência situada impede que a reflexão se faça de forma a-histórica ou acósmica”* (CAPALBO in CARVALHO, 1987, p. 7).

Refletir sobre minha história de vida é abordar, com certeza, um mundo vivido, que não está tão distante. Lembranças alegres, recheadas com alguns momentos nostálgicos, de sofrimentos evitáveis e inevitáveis, foram próprias de minha infância: influências indeléveis à decisão deste estudo.

Primogênita de um casal com cinco filhos - mãe de origem alemã, vivenciadora de traumas da 2ª Guerra Mundial e pai brasileiro, descendente de guerrilheiro da Guerra do Paraguai. Cresci, ouvindo muitas histórias entre tias e avós, em que sempre escutei que minha mãe parou de trabalhar em um frigorífico, ainda grávida, para esperar-me, dedicando todos os seus anos em cuidar de seus filhos e do lar.

Meu nascimento agitou um pouco a pequena cidade de Arroio do Meio, em 1º de julho de 1953. Não bastasse a noite fria de inverno, vivia-se, também, uma grande enchente que dificultava a chegada do obstetra ao hospital em que minha mãe aguardava um parto cesáreo, já com grandes riscos de vida para nós. Finalmente, quando o médico conseguiu chegar ao hospital, perguntou: *“A quem devo salvar? A mãe ou a criança?”*. Meu pai respondeu: *“As duas, e não se discute mais”*. Porém, o médico ainda lhe disse: *“Vou dar prioridade à mãe. Vocês cuidem da criança”*.

Cesárea de urgência, anestesia ainda com éter, nasceu uma menina toda cianótica, enrolam em panos e encaminham para o berçário. Voltam as atenções para a minha mãe que perde muito sangue e quase entra em choque. Minha avó paterna, diga-se de passagem, “curandeira”, entrou no berçário e se assustou: *“Esta menina está muito mal, quase não respira, está gelada, roxa!”*. Começou então a aquecer-me com sua própria respiração, permanecendo comigo no colo até que eu ficasse corada, enquanto providenciassem bolsas de água quente para aquecer-me. Hoje, percebo que **sua atitude de cuidado** resgatou-me a vida.

Crescer em uma cidade de interior, em meio aos irmãos, primos, tios, avós e amigos, dá-nos uma segurança do dia de amanhã.

A infância é linda, pois tem marcos significativos em nossa vida. Ao entrar para a escola, meus pais e eu nos alegramos muito. Minha mãe, ao revisar carinhosamente meus cadernos, elogiava-me, e isto era muito estimulante.

Mas, gradativamente com esses momentos felizes, experienciava, também, situações de tristeza que significavam, para mim, momentos de muito sofrimento. Hoje, descrevendo aquelas experiências que revivo, presumo que já eram percebidas pelo meu ser como maus-tratos.

Assim, em minha infância, marcada pela ajuda ao próximo, muitas vezes vi-me em apuros, querendo ajudar meu 2º irmão que era, muito arteiro. Minha mãe, um tanto nervosa, perdia a paciência e procurava corrigi-lo com algumas surras. Isto me deixava muito triste, queria ajudá-lo, não deixava minha mãe sozinha com ele porque sabia que seria pior. Então, eu corria atrás dela, dizendo: *“Não mãe, não faz assim, ele só queria brincar, fala com ele, não bate”*. Mas, às vezes, não adiantava e as surras eram muito pesadas. Eu chorava com ele e ela acabava chorando, também. Foram vários momentos muito angustiantes, pois meu pai era um tanto ausente e penso que minha mãe não se sentia suficientemente segura para educá-lo, então, lançava mão da força física, o que demonstrava, conforme percebo hoje, a sua fraqueza e necessidade de ajuda.

No meu pequeno mundo, lembro que rezava muito, pedindo que esse dia passasse e que viesse outro melhor. Cuidava do meu irmão, lavava seus machucados, fazia curativos e falava com ele para não ser tão arteiro ou brigar com os amigos, porque acabaria apanhando novamente, o que eu não queria que acontecesse, pois me deixava muito triste. Mas ele não dava muita importância para isto, parecia hiperativo. Minha mãe dizia que era devido a uma meningite que ele tivera, e quase morrera, o que o teria deixado assim. Alguns castigos e surras tive que vivenciar com todos os meus irmãos. Não

lembro de ter apanhado de minha mãe. Até meus irmãos diziam: “*Ah! o anjinho não faz nada errado*”. E minha mãe dizia: “*Por que vocês não fazem como ela?*” Isto não era bom ouvir, porque eles ficavam com raiva de mim. Tentava, então, alertá-los sempre que podia. Porém, meu pai, um dia, puxou minha orelha por tê-lo desafiado. Não lembro bem, mas eu deveria ter uns oito ou nove anos de idade.

Todos os meus irmãos foram estimulados a estudar. Muitas vezes, a fé e a esperança eram coletivizadas em nossa família como um auxílio às situações de crise: minha irmã que tem epilepsia de “Grande-Mal”, várias vezes esteve internada no hospital da cidade, muito mal. Nós rezávamos muito para ela, e nossas orações eram compartilhadas no colégio em que eu estudava.

Uma outra vivência que foi marcante para mim, pois encontro similaridade em meu cotidiano profissional junto às famílias que necessitam auxílio para desempenhar suas funções parentais, relaciona-se à história de minha irmã caçula. Ela nasceu em casa e quase morreu, pois a parteira não laqueou, suficientemente, seu umbigo e houve muito sangramento, que a levou a ter um retardo psicomotor significativo, com dificuldades nos estudos, o que desagradava minha mãe. Lembro minha mãe reclamando e cobrando, inadequadamente, o seu desempenho escolar. Ela, realmente, tinha dificuldades, somadas a algumas seqüelas por ter tido, no 1º ano de vida, sucessivas infecções e, desenganada pelos médicos, foi levada para casa. Chorávamos muito, pois era a nossa neném. Mas, novamente, avós, tios, enfim, a comunidade familiar envolvida e a graça de Deus ajudou-nos e, hoje, ela tem sua família.

A agressão física sempre mexia muito comigo. Se pudesse evitá-la, faria tudo para que não acontecesse. Hoje, percebo o que até há algum tempo não conseguia identificar: muitas frustrações e sofrimentos de minha mãe, acumulados desde a infância, estavam embutidos nestas agressões e repercutindo sobre nós. Embora ela gostasse muito de meu irmão, acreditava que, assim, ele manteria certa disciplina necessária ao seu estudo, crescimento e desenvolvimento.

Retomando esse vivido em minha infância e adolescência, lembro-me fortemente como no Interior a gente sempre tinha facilidade de contar com o apoio da grande família. Meus tios, meus avós e primos, todos nos ajudaram quando minha mãe se deprimia e, por isto, desorientava-se em nossos cuidados. Com esta constante força familiar, ela conseguia se recuperar, desvelando a mãe querida que era.

Sentia-me envolvida por todas essas situações experienciadas, assimilando as agressões como algo não saudável. Sempre tive muita fé interior, o que me ajudou a manter aceso o compromisso de resgatá-las, futuramente, trazendo-as para estudos acadêmicos e prática profissional, uma vez que as questões de maus tratos se repetem em muitos cotidianos familiares e institucionais. Estas vivências retidas conduziram-se, inconscientemente, a estar sempre em contato com as crianças maltratadas e suas famílias maltratantes. Desta forma, tomei consciência de que o fenômeno do mau-trato infantil está tão implicado em minha trajetória de vida que permanece, até hoje, a incessante busca de compreendê-lo em minha trajetória profissional.

## 1.2 Trajetória Profissional

Lembro-me de uma vivência decisiva para minha escolha profissional. Aos 17 anos, cursando então o 2º ano científico e indecisa sobre a profissão a seguir, submeti-me a um teste vocacional. Seu resultado apontou minhas aptidões para três profissões, todas ligadas à área da saúde. Destas, a ênfase maior, justificada pelos dois psicólogos, era para a enfermagem, pois, marcadamente, renunciou-se a **minha decisão inata de ajuda ao próximo**. Imediatamente, comecei a chorar, como se houvesse descortinado o caminho da minha vida profissional...

Ao sair do consultório, busquei na natureza uma acolhida aos meus sentimentos, anseios e esperanças. Enquanto chorava e caminhava sozinha pela praça florida da cidade, tomava consciência dos desafios e responsabilidades que, devido às minhas vivências, eu estava, antecipadamente, presumindo. Naquele momento, dei-me conta do porquê buscara esse aconselhamento e a sua clarificação me envolveu num profundo comprometimento ao que me fora revelado...

Outra lembrança inesquecível em minha vida foi quando, aos dezoito anos, ainda adolescente, me “desprendi” dos laços familiares e vim, então, a Porto Alegre para estudar enfermagem e trabalhar no Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA) como atendente de enfermagem.

Quando iniciei neste hospital infantil, em 1972, não tinha conhecimento e nem experiência na área de enfermagem. Minha primeira vivência prática foi

na área de crianças lactentes que se tornou minha base inicial. Lembro que me questionava sobre as restrições institucionais impostas à permanência dos pais, junto aos seus filhos, durante a internação hospitalar. Eram bebês, alguns recém-nascidos, e as mães e pais não podiam permanecer todo o tempo com eles. Eu questionava o meu compromisso com esta situação e muitas colegas atendedoras e auxiliares de enfermagem diziam: *“Esta é a rotina e não pode ser mudada”*.

Sentia-me apenas, parcialmente, apoiada pelo grupo restrito de enfermeiras daquela época. Elas se preocupavam em desenvolver tecnicamente a equipe através de cursos de treinamento no hospital. Faltava, porém, ouvir nossos sentimentos e experiências para que, acrescidos aos conhecimentos ministrados se transformassem em atitudes precursoras de uma prática assistencial mais humana, condizente à integridade familiar, mesmo em situações de crise como é a gerada pela doença e internação hospitalar.

Posteriormente, já como enfermeira, iniciei a caminhada assumindo a chefia de uma unidade que era referência dentro do hospital. Foi um grande desafio.

As lembranças de minhas experiências infantis, aliadas às minhas vivências conjugal e maternas com o nascimento e desenvolvimento de meus filhos, tornava-me mais compreensiva às vivências desafiadoras, próprias de cada família, que eu encontrava no meu cotidiano de enfermeira pediatra.

Em minha vida profissional ocorreram muitos momentos marcantes, um deles foi quando conseguimos romper as primeiras barreiras impostas pelas rotinas hospitalares, dos horários rígidos de visitas dos pais às crianças hospitalizadas, para a liberação da permanência conjunta com seus filhos durante a internação hospitalar. Foi um processo de humanização muito trabalhado por nós e que, aos poucos, foi envolvendo todos os profissionais e transformando o nosso modo de ver e de estar com a criança e sua família. Acredito que minhas vivências infantis familiares muito subsidiaram esta visão de convivência hospitalar conjunta pais e filhos e a garra para aliar-me com as pessoas preocupadas com esta transformação. Na realidade, esta situação, enfrentada em 1980, constituía-se em flagrante maus-tratos institucionais. Se dependêssemos da legislação para esta decisão que tomamos, quanto tempo perdido para a criança e a família. Somente em 1990, pelo Art. 12, do Estatuto dos Direitos da Criança e do Adolescente (ECA), este procedimento tornou-se lei, o que ainda não significa realidade em muitas instituições hospitalares infantis. Fica visível, assim o quanto foi difícil criarmos um ambiente propício de cuidados à criança e sua família maltratante.

Na trajetória por mim percorrida, aliei-me a outros profissionais e colegas, fui-me tornando sujeito com outros sujeitos e juntos, através do Comitê dos Direitos da Criança Maltratada HCSA\* (CDC), compartilhamos nossas vivências, sentimentos, emoções e perspectivas de cuidado, construindo um processo de educação ante o fenômeno maus-tratos num constante vir-a-ser.

---

\* Membros fundadores: Dr. Frankiin Farinatti, idealizador e presidente; Psicóloga Heloisa Seibel; Assistente Social Nice Maria Fonseca e Enfermeira Jane Isabel Biehl.

Citando MERLEAU-PONTY, *“ser uma consciência ou, melhor, ser uma experiência é comunicar interiormente com o mundo, o corpo e os demais, ser com eles, em vez de ser ao lado deles”* (1975, p. 114).

Esse Comitê serve de referência ao atendimento interdisciplinar à criança maltratada e sua família em âmbito local, regional, nacional e internacional, realizando diagnóstico e cuidados, bem como atendendo suas recorrências. Ficava pensando... por que me sentia tão envolvida com estas crianças? Será que estes questionamentos perpassavam, também, nas mentes dos outros cuidadores de enfermagem?

Desde então, integrei-me à equipe interdisciplinar, junto aos “não acomodados”, com a manutenção e mascaramento do fenômeno criança maltratada - “status quo” substituído por outras definições diagnósticas para justificar sua internação hospitalar.

Somente a partir de 1980, os maus tratos e cuidados negligenciados à criança passaram a ser enfrentados pelos profissionais no Hospital e configurados em sua assistência como tal, isto é, **não sendo mais encobertos no cotidiano da criança aí hospitalizada.**

Percebo, porém, que ao participar como enfermeira da equipe interdisciplinar, cuidando as crianças maltratadas e, por isto, internadas no HCSA, que estas exigem uma atenção especial da equipe de enfermagem, indo além do cuidado das lesões físicas, pois com frequência apresentam-se emocionalmente abaladas. Sempre me foi intrigante seu olhar tristonho e

desolador. Muitas vezes, ao chegarmos próximo de seu leito, reagem com sentimentos ambivalentes, ora de rejeição, ora de apego. O que se passa no mundo interno destas crianças? Como ajudá-las? Como conhecê-las melhor? Como cuidá-las? Como interagir com suas famílias durante a hospitalização? Como se sentem os cuidadores de enfermagem que interagem com estas crianças e suas famílias no período da hospitalização?

Motivada por esses questionamentos, percebi que a assistência de enfermagem, tradicionalmente desenvolvida era segmentada, sendo pouco valorizada a vivência profissional dos cuidadores destas crianças e de sua família. Derivando desta percepção, desenvolvi, no 2º semestre de 1996, na disciplina de Prática Assistencial uma nova proposta denominada: “Construindo um cuidado interativo com os cuidadores de enfermagem à criança internada por maus-tratos: uma prática no Ateliê de Vivências” (BIEHL, 1996). Este Ateliê teve como objetivo construir, a partir das vivências e expectativas dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, uma prática assistencial às crianças maltratadas, um cuidado interativo com significados ao cuidador e ao ser cuidado.

Ao término dessa disciplina, expressamos algumas considerações pertinentes a essa prática experienciada. Sentimos que, ao vivenciar as questões que envolvem o cuidado das crianças internadas no hospital por maus-tratos, elas, motivaram-nos, profundamente, na construção de um cuidado interativo à criança e ao seu cuidador. Desenvolvendo uma postura

---

\* Ateliê de Vivências - Fundamentado no Ciclo de Aprendizagem Vivencial, proposto por CRESPO (apud MOSCOVICI, 1994, p. 143).

dialógica e compreensiva sobre o fenômeno criança-maltratada, fez-nos sujeitos e levou-nos a acreditar no potencial da enfermagem em tornar os espaços de mau-trato em espaços permanentes de cuidado.

Queremos crer que a desabsolutização dos pólos da relação pedagógica desenvolvida neste Ateliê, proporcionando que trouxéssemos a nossa bagagem de vivências e os enfermeiros e auxiliares de enfermagem, também, a sua, foram fatores básicos à abertura para a reconstrução do cuidado interativo.

Nesta caminhada, percebi a necessidade de ampliar os conhecimentos por meio deste estudo, acrescentando contribuições ao cuidado da criança hospitalizada por maus-tratos através do significado das vivências dos cuidadores de enfermagem.

## **2 COMPREENDENDO O PROCESSO DOS MAUS-TRATOS INFANTIS ATRAVÉS DOS TEMPOS**

Optei por incluir este capítulo em meu estudo porque, embora os maus-tratos infantis sempre, de uma ou outra forma, existiram ao longo da história humana, freqüentemente eram desconsiderados como algo repudiável pela família e sociedade. Assim sendo, o enfoque de cuidado e tratamento à criança maltratada quando hospitalizada, era sobre as lesões decorrentes das agressões sofridas e não sobre a problemática do mau-trato gerador e encoberto.

Dessa forma, entendi, que para as pessoas poderem compreender melhor a relevância deste estudo, ser importante descrever algumas nuances circunstanciais referentes ao mau-trato infantil.

## 2.1 Caminhando pela história

A violência tem atraído o olhar atento da civilização em nosso cotidiano. Entre as vítimas desta violência, incluem-se as crianças maltratadas. Embora esta situação não seja privilégio, apenas deste Século vemos, somente agora, a sociedade despertar para este fenômeno.

Sabemos que, para atingir um estado de equilíbrio e harmonia, o ser humano necessita desde antes do seu nascimento ser amado e ter suas necessidades fundamentais atendidas (BIEHL, 1992).

Independente da fase do desenvolvimento, as necessidades essenciais das crianças são físicas, biológicas e emocionais, incluindo amor e segurança emocional, disciplina, independência e auto-estima (WHALEY e WONG, 1989). Como estas necessidades são básicas para o crescimento e desenvolvimento sadio da criança, sua violação, de forma intencional ou inconsciente pelo adulto responsável por seu cuidado, origina uma situação de mau-trato, causando um dano ao desenvolvimento físico, emocional, intelectual, social e moral da criança.

Sob essa descrição, encontramos inúmeros e variados exemplos na história da humanidade. Para citar apenas alguns, lembramos que na Bíblia Sagrada há descrições de sacrifícios de crianças em homenagem aos deuses. Aproximadamente em 1850 a.C., *“No lugar indicado por Deus, Abraão edificou um altar, colocou nele lenha e pôs Isaac, seu filho, sobre o altar em*

*cima da lenha. Depois, estendeu a mão e tomou a faca para imolar seu filho...”*  
(Gênesis 22.8, in BÍBLIA, 1988, p. 21).

Em recente reportagem, MADANES (1996) escreve, relatando que as questões de abuso são tão antigas quanto a instituição familiar. O incesto e a violência dentro da família são temas citados além da Bíblia, nas tragédias gregas e em todas as religiões antigas.

Mergulhando nesta retrospectiva do tempo, encontramos, ainda na Pré-História, o horror ao incesto, posteriormente, descrito por Freud. Este psicanalista assinalava que o homem pré-histórico é conhecido através dos monumentos e implementos inanimados que restaram dele pelas informações sobre sua arte, religião e atitude para com a vida, que nos chegaram por meio de lendas, mitos e contos de fadas e, também das relíquias, de seu modo de pensar, que sobrevivem em nossas maneiras e costumes. É com este sentido que consideramos o homem pré-histórico, ainda nosso contemporâneo (MUZA, 1994).

De forma ascendente à linha de tempo, chegamos à história antiga em que esse pediatra encontrou documentos, relatando que os espartanos utilizavam o reflexo de apreensão do recém-nascido normal, suspenso em uma barra de ferro sobre um precipício e o que não caísse estaria apto a sobreviver e seria um bom guerreiro. Os mal formados eram jogados no precipício. Estava instituído o infanticídio. Ainda, nesta situação cultural, cita-se que *“para o jovem espartano o único destino era o exército. Humilhações, fadigas, privações, exercícios*

*cotidianos faziam parte de seu treinamento dos 7 aos 30 anos quando se tomava cidadão”* (SANTOS et al., 1994, p.11).

Concomitantemente, os relatos do Império greco-romano, bem como os textos bíblicos, discorrem sobre as mortes impostas às crianças, exemplificando que as portadoras de deficiência física ou mental eram consideradas subhumanas, o que “legitimava” sua eliminação. Esta prática, chamada de “exposição” e disseminada durante a Idade Média, persistiu até meados do Séc. XIX.

A esse contexto político-histórico, no qual a criança é desvalorizada e maltratada pelo Estado e sociedade, agrega-se a **História Medieval** (SANTOS et al., 1994, p.11), na qual a escola, anexa à catedral inglesa de Winchester, acolhia seus alunos com o seguinte aviso em latim: “Aut disce, aut discede, manet sors tertia caedi” - aprenda ou vá embora; ficando uma terceira possibilidade: a de apanhar. Entre os instrumentos pedagógicos da época destacava-se o chicote.

Encontramos descrito por DAVIS e FARGE (1991), ao estudar a “História das Mulheres no Ocidente” que, por volta do Século XII, “o infanticídio” cuja premeditação, bem como o encobrimento da gravidez, considerado um crime “atroz” contra o “fruto das próprias entranhas”, era punido com a morte pelo fogo ou pela força. Considerado, de fato, como um ato de aflição perante o dilema de escolher o emprego ou o filho, então, desvencilhavam-se do filho, asfixiando-o ou apertando entre as coxas, confirmado por um cirurgião, por causa do alongamento e o achatamento da cabeça.

Vemos em estudos relatados sobre a **Idade Moderna**, por BADINTER (1985), que na ideologia familiar do Séc. XVI, a criança tem pouca importância na família, constituindo, muitas vezes, um verdadeiro transtorno, na melhor das hipóteses, ela tem uma posição insignificante e que a Filosofia e a Teologia manifestavam verdadeiro medo da infância. A criança era tida como símbolo da força do mal, sendo esta imagem dramática assimilada como lembrança do pecado original.

Nos seus estudos da história social da criança e da família, ARIÈS nos diz que é da família e da escola a responsabilidade de terem retirado a criança da sociedade.

*“A escola confinou uma infância outrora livre num regime disciplinar cada vez mais rigoroso, que nos Séculos XVIII e XIX resultou no enclausuramento total do internato. A solicitude da família, da igreja, dos moralistas e dos administradores privou a criança da liberdade de que ela gozava entre os adultos” (1986, p.265).*

Foi nesse contexto que se registrou o reinfligir do chicote e da prisão, em suma, as correções reservadas aos condenados das condições mais baixas.

Foi no Século XVIII que o Brasil conheceu a Roda dos Expostos trazida pelos portugueses. Segundo DEL PRIORE et al., *“os governantes criavam a Roda dos Expostos com o objetivo de salvar a vida de recém-nascidos abandonados, para encaminhá-los depois para trabalhos produtivos e forçados”* (1991, p. 99). Somos sabedores de que esta situação foi agravada, em nosso país, no período da escravidão, pela exploração sexual das mulheres índias e exploração das crianças escravas.

Até o início do Século XIX, conviveu-se com a prática ilegal e quase aberta do abandono e o fatalismo com que era aceita a mortalidade infantil. Foi, então, que escolas começaram a descobri-la, bem como a classe médica passou a insistir na necessidade das crianças serem criadas por suas mães, *“pois cada criança achada (depois de abandonada) era uma criança perdida...”* (DEL PRIORE et al., 1991, p. 99)

Do Brasil Colonial, trazemos mais relatos de DEL PRIORE et al. que, naquela época, difundiam-se então duas representações infantis:

*“a da criança mística e a da criança que imita Jesus. Exaltando aquelas cuja fé as ajudava a suportar a dor e a agonia física, os pequenos místicos chamavam atenção para as qualidades individuais da criança. Constituiu-se, assim, o mito da criança-santa”* (1991, p. 12).

Esse período era fortemente arraigado na psicologia de fundamento moral e religioso, comum dessa época, assim como os sermões recendendo o temor e estremecimento religioso. A pedagogia jesuítica colabora para elaboração de uma cultura sincrética, trazendo a vivência de um espetáculo cristianizador, porém, com um conteúdo de compreensão amalgamada por crenças ancestrais.

MUZA (1994) descreve, ainda, em seus estudos que a infância passou a ser percebida como um período de vida em formação, necessitando de afeto e proteção há pouco mais de dois Séculos. E é a partir de 1762 que a infância deixa de ser considerada a idade do pecado, como no pensamento de Santo Agostinho, ou na privação da razão, no pensamento de Descartes, passando a

representar a idade da pureza de sentimentos. Ao analisar o comportamento adulto, este pediatra paulista percebe que persiste um sentimento de inutilidade da criança, ressaltando quando dizem “o que você quer ser quando crescer?” Desta forma, não valorizam a criança como ela é e sim, como ela deveria ser.

Para ARIÈS (1986), foi somente no Século XVIII, com o aparecimento do Malthusianismo\* e a extensão de práticas contraceptivas, que o sentimento de infância torna-se semelhante ao que conhecemos hoje.

A compreensão de que o abuso e negligência contra a criança compromete o potencial de seu desenvolvimento só aparece a partir do Século XIX. Foi com estudos publicados em Chicago, por KEMPE e colaboradores (1974), que o mau-trato à infância teve aceitação como objeto de investigação, descrito em seu trabalho como **“Síndrome da Criança Espancada”**.

Na Idade Contemporânea, os psiquiatras KAPLAM e SADOCK (1986) apontam que o abuso de crianças é doença médico-social, que está assumindo proporções epidêmicas e abrange um padrão de educação cada vez mais difundido na população. Este fenômeno, presente em todas as estatísticas de criminalidade, tem resistido à evolução do tempo.

---

\* Malthusianismo - corrente que defende o controle de natalidade (ARIÈS, 1986, p. 278).

## 2.2 Amplitude do fenômeno “criança maltratada”

Este fenômeno é apresentado sob diversas nomenclaturas: Síndrome da Criança espancada, negligenciada, criança abusada, maus tratos na infância, Síndrome do bebê espancado, bem como Síndrome de Caffey-Kempe.

AZEVEDO, apud RIBEIRO (1990), classifica os tipos de abuso existentes infringidos às crianças em: abuso físico, negligência, abuso sexual, abuso psicológico, abuso trabalhista, abuso policial, abuso comercial e abuso político. RIBEIRO (1990), em sua dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem, acrescenta, com relevância, o abuso institucional, como aquele que é praticado por professores ou profissionais das instituições de saúde que se calam, sendo coniventes com situações de privação da família junto à criança, em situações de hospitalizações. Neste contexto, salienta, ainda, manejos inadequados como algumas técnicas de restrições, bem como falhas na comunicação com a criança e sua família.

Encontramos em SCHARER (1979) relatos que descrevem a existência de três elementos principais nas situações de mau-trato: **os pais**, que em sua infância adquiriram potencial ao mau-trato, injuriados e negligenciados; **as crianças**, consideradas especiais - prematuras, deficientes, gravidez não planejada... e **uma crise**, situações que fogem da normalidade da família, como desemprego, alcoolismo, doenças de familiares, entre outros.

As teorias sociológicas valorizam a abordagem sócio-cultural na área do comportamento desviante, incluindo nesta área não só as abordagens do tipo

biológico, mas, também, as psicogenéticas. BRUM e CENTURIÃO (1993), seguidores da teoria de subcultura, adotam uma linha de interpretação que destaca ser fundamental o sistema de valores das camadas médias, por seu caráter de impregnação nos outros níveis sociais.

As autoras AZEVEDO e GUERRA (1989) dizem que o abuso físico inclui quatro elementos: a intencionalidade do agressor, as conseqüências do ato agressivo, o julgamento de valor de um observador e a fonte de critérios para o julgamento. Tem grande significado o relato das autoras em relação à **negligência afetiva** (crise; situações que fogem à normalidade da família - desemprego, alcoolismo, doença na família, falta de responsabilidade, de afeto e dedicação às necessidades da criança) e **rejeição afetiva** (ações de depreciação e agressividade para com a criança).

Algumas sociedades foram fundadas com o objetivo de prevenir os maus-tratos infantis. A primeira Sociedade Internacional para prevenção da crueldade em crianças foi criada em 1871, na cidade de Nova Iorque. Outra, foi a Sociedade para Prevenção do Mau-trato e Negligência na Infância (ISPCAN), fundada em 1977, e tem o objetivo de prevenir a crueldade contra a criança em todas as nações e capacitar as crianças do mundo a se desenvolverem física, mental e socialmente de forma saudável e normal. Com este mesmo objetivo, foi criado no Brasil, na cidade de Belo Horizonte - MG, em 1987, a Associação Brasileira de Prevenção do Abuso e Negligência da Infância - ABPANI (SANTOS apud RIBEIRO, 1990).

O Centro de Atendimento aos Maus-tratos na Infância, fundado em julho de 1985 - Campinas, São Paulo (CRAMI, 1992), serve também como referência nacional. Dentro deste enfoque protetor à criança, encontramos várias iniciativas como “Rede Criança”, em São Paulo, “Disque Criança”, em Belo Horizonte, com apoio da UNICEF e a “Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência” (ABRAPIA), fundação sem fins lucrativos que teve seu início, em 1988, no Rio de Janeiro. Esta associação tem como objetivo criar dois programas específicos: o “SOS Criança” que visa receber denúncias de situações de risco para a criança e o Lar da Criança Mal Tratada - (LACRIMA), o qual pretende abrigar, provisoriamente, as crianças após a alta hospitalar (RIBEIRO, 1990).

ANSEMI (1988) especifica, em nosso Estado, centros de atendimento à criança vitimizada, no Comitê dos Direitos da Criança (CDC), criado em 1980, no Hospital da Criança Santo Antônio, no Hospital da Criança Conceição, na Central de Psiquiatria do INAMPS/RS e no Hospital de Pronto Socorro Municipal, todos de Porto Alegre.

É indiscutível que mau-trato e negligência são violações aos direitos da criança, conforme definição da Constituição Federal (BRASIL, 1988) e o Estatuto dos Direitos da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990).

O Centro Brasileiro para a Infância e a Adolescência, órgão do Ministério de Ação Social, organizou um grupo para trabalhar num projeto de rede de informações sobre violação dos direitos da criança e adolescente, o Sistema de Informação para a Infância e a Adolescência - (SIPIA), em 1991. A base de

dados são os Conselhos Tutelares, definidos pelo Estatuto como *“órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, definidos nesta lei”* (BRASIL, 1990, Art. 131, p. 48). Subdividida em quatro fases - a proposta de implantação do sistema para o Nível Municipal - fase 1, Estadual - fase 2, Nacional - fase 3 e intercâmbios de sistemas - fase 4.

MINAYO, ao analisar o Impacto da Violência Social sobre a Saúde, enfatiza que se faz necessário *“exorcizar a banalização da vida e exaltar a integridade humana de quem, humildemente, vive o cotidiano, trabalha, ama, participa e, assim, constrói um país saudável”* (1993, p. 2). Esta é uma ação de repúdio à violência que permeia os países em véspera do 3º milênio.

ASSIS (1991) menciona duas vertentes para o estudo da violência contra as crianças. A primeira refere-se aos eventos fatais, os quais chama de **violentos** - homicídios, suicídios e acidentes fatais; a segunda, apresenta-se sob vários aspectos de violência, com potencialidade de levar à morte, comumente não o fazem e, caracterizam-se em uma **teia** com interligações pertinentes.

Na década de 80 a 90, constata-se, em nível mundial, um aumento na mortalidade infanto-juvenil por causas violentas, como acidentes de trânsito e homicídios. Esta leitura é cotidiana e advém dos meios de comunicação de massa. YUNES (1993) confirma que estas causas vêm aumentando, consideravelmente, os percentuais de mortes em adolescentes e adultos jovens.

Em estudos atuais sobre Gênero, Sexualidade e Saúde, GIFFIN (1992) faz reflexões sobre homem-mulher, dividindo espaços na sociedade, enquanto força de trabalho, gerando conflitos, na qual o homem é vítima da violência na esfera pública e a mulher enfrenta a violência no âmbito doméstico, sendo que o agressor, em sua maioria, é o próprio marido. Estas circunstâncias favorecem a eclosão dos maus-tratos na infância e adolescência.

SANTOS, ao escrever um artigo no jornal Zero Hora, de 24/8/96, diz que

*“as diferentes formas de violência presentes em cada um dos conjuntos relacionais que estruturam o social, poderiam ser explicadas se compreendêssemos a violência como um ato de excesso, qualitativamente distinto, que se verifica no exercício de cada relação de poder presente nas relações sociais”* (Caderno Vida, p. 4).

Este professor de Sociologia da UFRGS, define a violência como *“um fenômeno cultural e histórico”*. Surge como um ato racional específico que envolve o arbítrio, na medida em que o desencadear da violência produz efeitos incontroláveis e imprevisíveis. Vemos, assim, que a violência é fundadora de uma sociedade dividida, atingindo mais alguns grupos sociais que outros.

Continuando, este sociólogo refere que a prática da violência insere-se em uma rede de dominação de vários tipos - classe, gênero, etnia, por categoria social ou violência simbólica. O excesso de poder leva a uma relação social inegociável, pois atinge, no limite, a condição de sobrevivência, material e simbólica, daquele que é atingido pelo agente da violência (SANTOS, 1996).

A estimativa da Associação Brasileira de Prevenção a Abuso e Negligência da Infância (ABPANI) é de 4,5 milhões de ocorrências de crianças, vítimas de abuso e negligência, por ano, em nosso país, dados registrados por DESLANDES (1994). A autora ressalta a premissa de delinear o perfil dos sujeitos sociais envolvidos na prática dos maus-tratos e valoriza a importância dos Centros de Atenção aos Maus-tratos na Infância (CRAMIS).

A família “maltratante” é compreendida como “partícipe” de um problema que envolve uma complexidade de determinantes culturais, sócio-psicológicos, econômicos, religiosos e psiquiátricos cujas diferenças regionais interferem na sua compreensão (SANTOS, 1991).

Reverendo os aspectos legais da questão violência familiar, encontramos na literatura que é de reconhecimento da Constituição Federal, 1988, a existência da violência doméstica. Um grupo de deputados elaborou um projeto que pretende criar regras que coíbam a violência no seio familiar. Sabedores de que são as mulheres e as crianças as principais vítimas ante a prevalência masculina na família, sendo ela legalmente estabelecida, até bem pouco tempo, resultado de um sistema patriarcal, atualmente, não aceitável. Esta proposta compreende as formas e o modo como ocorre esta violência, bem como as penas a serem aplicadas, incluindo a possibilidade de serem cumpridas em programas educacionais e de prevenção. Introduce a possibilidade da autoridade policial, em situação de extrema emergência, adotar as cautelas necessárias, como o afastamento do agressor, comunicando imediatamente à autoridade judicial (FONTENEL, 1993).

O mesmo projeto aponta para a punição e perda dos direitos que a lei atribui aos cônjuges, a retirada do poder sobre os filhos daquele cônjuge que praticou a violência física, psicológica ou moral contra o outro e/ou à prole. Para as autoras deste projeto, é preciso impedir que o agressor continue exercendo direitos em relação à família agredida.

Reconhece-se que a família é uma instituição de auto-ajuda de grande significado quando trabalhada numa abordagem sistêmica. De fato, os membros de uma família podem ser carinhosos ou hostis, otimistas ou pessimistas, tolerantes ou intolerantes, porém, que seja uma família, enferma ou sã.

Encontramos nos escritos de MADANES que

*“não existe nada que pode ajudar ou interferir tanto no bem-estar de uma pessoa, como quem tem com ela relações próximas como uma história, um presente e um futuro juntos” (1996, p. 2).*

Agir de maneira interinstitucional, mais que um princípio, é uma necessidade diante da complexidade do problema. Faz-se necessário a cooperação entre os recursos do Estado e da sociedade civil, aliada ao envolvimento com a comunidade. Esta é uma medida de absoluta necessidade na atuação junto a essas famílias (DESLANDES, 1994).

A Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, da Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, publicou dados de ocorrência com vítimas crianças e/ou adolescentes no ano de 1995, tendo como fonte a Secretaria da Justiça e Segurança Pública/RS, do que destacamos os seguintes registros.

DELITO	1994	1995
Homicídios	310	348
Lesões corporais	7.661	7.978
Estupros	949	959
Contra os costumes	737	762

Fonte: Secretaria da Justiça e Segurança Pública/RS, 1995.

Esses e outros dados do referido relatório têm suscitado o reconhecimento de uma nova responsabilidade do Poder Público: a assistência e proteção às vítimas do crime (ROLIM, 1995).

Em nosso Estado, algumas iniciativas vêm sendo tomadas. Destacamos o projeto de lei de autoria do deputado Marcos Rolim, que dispõe sobre a proteção, auxílio e assistência às vítimas da violência. Salienta critérios de elegibilidade para obtenção de benefícios, organiza plano de assistência educacional, de saúde e jurídica, prevendo a proteção especial às testemunhas ameaçadas consideradas "vítimas da violência" (ROLIN et al., 1995).

Continuando, o deputado menciona dados divulgados pela imprensa que apontam crescimento da taxa por mortes violentas. Segundo o Jornal do Brasil, de 12/7/95, p. 6, nos últimos dez anos, (período compreendido entre 1982 e 1992), este índice teve uma elevação de 43,5%, enquanto o crescimento da

população no mesmo intervalo foi de 20,5%. Entre estas mortes violentas incluem os maus-tratos e quedas acidentais.

MADANES refere que *“a essência do humano é o poder de escolha”* (1996, p. 1). Esta psicóloga argentina criou a Terapia de Ação Social, um modelo de intervenções terapêuticas desenvolvidas para profissionais que trabalham com pessoas violentas. Seu trabalho fundamenta-se nas idéias de autodeterminação e responsabilidade pelas próprias escolhas.

Diante de todas estas considerações, confronto-me com um dilema como pessoa e profissional - enxergo uma sociedade injusta, na qual a família maltratante não consegue interagir com os valores sóciomorais, por transgredir as fronteiras de uma relação saudável familiar, exatamente, no ambiente de que eles próprios são as raízes.

Em Porto Alegre, o desvelamento que permitiu compreender, pela primeira vez, a amplitude desse fenômeno em nossa comunidade, deve-se ao Comitê dos Direitos da Criança (CDC - HCSA) (FARINATTI, 1993).

É de justiça ressaltar que este Comitê, pioneiro no país, foi, inicialmente, idealizado pelo pediatra social Dr. Franklin Farinatti, contando para realização desta obra com a minha participação e apoio ininterrupto, e ao qual, desde o início, sempre nos agregamos como pessoa e líder do Serviço de Enfermagem (SE), juntamente com a Assistente Social, a Psicóloga, representante da equipe médica e enfermeiras da unidade de internação - ambiente terapêutico da criança vitimizada. Em decorrência disto, iniciou-se um processo profissional, criando-se novas concepções ideológicas à visão e enfrentamento destas situações de maus-

tratos, vivenciadas pela criança em seu contexto familiar que, como tal, aquelas condições passaram a ser um fenômeno entendido por nós, profissionais, como indesejável no ambiente familiar e hospitalar. Desta forma, nova etapa histórica iniciou-se à orientação assistencial da criança internada no HCSA. Também em minha vivência própria, despontou um novo horizonte, que me motivou para a realização desta investigação.

### 3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

*“Para Husserl, não se pode entender o fenômeno como mera aparência, ou como imagem defeituosa da realidade. É tudo o que aparece à luz, o que se mostra, o que aparece à própria consciência, o que se manifesta, livre de intermediários ou pressupostos. O fenômeno é a coisa mesma que aparece à minha consciência... conhecer a essência dos fatos, dos fenômenos, não é abstrair ou deduzir, senão que é captar a coisa na consciência. Todo o fenômeno, pois, possui e revela uma essência.” (MAURIÑO y REVUELTA, 1992, p. 18).*

#### 3.1 Definindo a temática a ser estudada

Em minha experiência como enfermeira pediatra, ao prestar cuidados às crianças hospitalizadas por maus-tratos, percebi que estes seres, geralmente, apresentavam carência afetiva, eram deprimidos, tristes e apáticos, porém, às vezes solicitantes e hiperativos. Ao cuidá-las, observei que eram, predominantemente, crianças de nascimentos prematuros, com retardo físico e/ou mental, filhos não desejados e de expectativas frustradas quanto ao sexo da criança. Observava que nas famílias maltratantes existia sempre uma criança-alvo.

No contato com o agressor, identificamos que muitos deles sofreram maus-tratos na infância e vivenciaram privações afetivas e rejeições parentais; fontes influenciadoras de relacionamentos inseguros e agressivos com seus próprios filhos. Estas experiências infantis absorvidas agem como desencadeadoras dos maus-tratos que repetem em suas famílias.

O mau-trato à criança acontece em famílias de todas as classes sociais, raças, religião, cultura e nível sócioeconômico. Como no HCSA prevalece o atendimento de crianças provenientes de famílias desprovidas de condições socioeconômicas e culturais, hoje, estão nesta instituição crianças maltratadas de classes sociais menos favorecidas.

Chamam-nos atenção famílias, geralmente, vivendo de maneira familiar e social isoladas, não contam com suporte emocional para resolver suas relações conflitantes de pais, resultando num processo dialético expressado por sentimentos de agressão-afeto.

Num sentido amplo, a expressão:

*“Criança maltratada inclui maus-tratos físicos e/ou emocionais ou cuidados negligenciados, assim como abusos sexuais em menores de 18 anos, que em sua maioria ocorrem no próprio domicílio e são perpetrados por pessoas responsáveis por sua proteção física, intelectual e moral” (FARINATTI, 1993, p. 13).*

Continuando o percurso em direção ao fenômeno vivenciado pelos sujeitos em suas experiências de cuidar a criança hospitalizada por maus-tratos, lembra o reconhecido pediatra acima citado, que as pessoas conhecidas da criança, os seus parentes, principalmente, mãe, pai, padrasto, tios e avós são, do que podem

observar, as pessoas responsáveis por quase todas as situações destes maus-tratos, atingindo meninos e meninas nas várias faixas etárias, com maior freqüência de um a seis anos.

Outra questão experienciada pelos cuidadores refere-se à cumplicidade entre os familiares quanto à omissão das situações de maus-tratos por um longo tempo, o que proporciona, com freqüência, novas ocorrências, as quais resultam em progressivas e, às vezes, em patologias de irreversível gravidade. Síndrome de Münchhausen por Procuração\* e o abuso emocional são exemplos da condição familiar preocupante no mundo vivido destes cuidadores de enfermagem.

Situamo-nos na equipe de enfermagem com os outros cuidadores em meio a este mundo nebuloso de uma infância maltratada, encontramos-nos perplexos com este ser criança, com sinais evidentes de desnutrição, higiene precária, retardo no desenvolvimento motor e emocional, lesões cutâneas, equimoses, queimaduras em regiões não usuais, cicatrizes, marcas e vergões de paulada, vara, cinto, chicote. Outras crianças são portadoras de lesões viscerais e/ou fraturas múltiplas, alopecias, nariz de "boxer", descontrole térmico, depressão respiratória, depressão cardiovascular, arreflexia ou hiporeflexia, pupilas mióticas ou fotomotor lento ou ausente, estado de coma com torpor, sonolência, delírios, alucinações e fala arrastada. Por vezes, suas recuperações são lentas quando não, impossíveis.

Essa mesma equipe, de súbito, vivenciando a dialética do cuidado, conflituase, com freqüência, ao cuidar da criança maltratada entre o sentimento de rechaço

---

\* Síndrome de Münchhausen por Procuração - É uma doença grave, fabricada pelos pais, e que induz o médico a inúmeros procedimentos sobre a criança, permanecendo o diagnóstico obscuro por longo tempo (FARINATTI, 1993, p. 227).

e/ou sentimento de ajuda aos familiares responsáveis, também, agressores. Entendemos que julgar não é a melhor conduta, pois os mesmos também necessitam de cuidado, apoio e orientação, sendo, na sua maioria, vítimas de sua própria história na perpetuação do mau-trato.

A essência deste estudo consistiu em conhecer os significados existenciais para os cuidadores de enfermagem ao cuidarem da criança hospitalizada por maus-tratos. Por estas razões, procuramos nortear o caminho a ser construído, definindo a seguinte **área temática**, expressa na introdução deste trabalho:

**Estudo das vivências dos profissionais da equipe de enfermagem, como cuidadores de crianças hospitalizadas por maus-tratos.**

A partir desta definição, emanaram possibilidades a serem alcançadas:

**Desvelar os significados das vivências dos profissionais da equipe de enfermagem como cuidadores de crianças hospitalizadas por maus-tratos.**

**Proporcionar subsídios aos cuidadores para construção e/ou reorganização do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada por maus-tratos.**

**Possibilitar uma reflexão junto aos cursos de formação de profissionais, no que se refere ao processo do cuidado à criança maltratada.**

### 3.2 A escolha do caminho

*“Husserl quer liberar o nosso olhar para a análise do vivido, das experiências puramente vivenciadas. Esse vivido não poderá ser definido, mas apenas descrito. O nosso olhar interior, isto é, a nossa consciência liberada se caracteriza por ser intencional, como consciência voltada para alguma coisa, como consciência de algo. A consciência visa sempre um objeto. A fenomenologia é exatamente a análise destes atos de visar um objeto que caracteriza a consciência intencional” (CAPALBO, 1973, p. 33).*

A definição pela escolha do meu caminho transformou-se num processo permanente. Fui ao encontro, por sugestão de minha professora-orientadora, de novos conhecimentos julgados necessários à compreensão dos caminhos que me conduziram ao tema escolhido. Refiro-me a algumas disciplinas freqüentadas, em 1996 e 1997, no Curso de Mestrado em Educação, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Além desses encontros acadêmicos, minha aproximação com a fenomenologia aconteceu através da literatura, bem como do entrosamento e discussões com mestrandos e doutores sobre esta modalidade de pesquisa qualitativa.

Essas vivências me possibilitaram refletir sobre os caminhos metodológicos que poderiam oferecer melhor compreensão para realizar este estudo, optando, então, pela abordagem fenomenológica. Esta abordagem volta-se para a compreensão do fenômeno, tal como se apresenta na consciência do ser; é um retorno permanente do mesmo fenômeno para um aprofundamento, cada vez maior, de forma gradual, porém, nunca definitiva.

Como pesquisadora e estando num constante vir-a-ser como pessoa e profissional, busquei possibilidades de compreender o fenômeno vivenciado pelos profissionais de enfermagem como cuidadores da criança hospitalizada por maus-tratos, experienciando uma atitude fenomenológica. Ao construí-la, procuramos a sustentação bibliográfica de filósofos fenomenólogos como HUSSERL, MERLEAU-PONTY e estudiosos da fenomenologia como MARTINS, BICUDO, GIORGI e outros.

A Fenomenologia, apresentada por HUSSERL (1965), propõe-se a ser uma ciência rigorosa e pura, uma ciência descritiva das essências do vivido; é uma volta ao mundo vivido, uma volta às coisas nelas mesmas. Portanto, não se trata de ser uma ciência dotada a dar explicação sobre o mundo e as coisas ou de teoria explicativa, é um olhar voltado para o ato de ver, de experienciar e compreender.

Para MARTINS (1992), a Fenomenologia preocupa-se com a **investigação** direta e a **descrição** de fenômenos que são experienciados pela consciência, tão livre quanto possível de pressupostos e de preconceitos. Sendo a Fenomenologia o estudo ou ciência do fenômeno, seu domínio é praticamente ilimitado, pois tudo o que aparece na consciência é fenômeno.

A consciência é sempre intencional, ou seja, ela não existe independentemente do objeto, mas é sempre consciência de algo, assim como existe sempre um mundo para uma consciência (HUSSERL, 1965).

Em nosso estudo, buscamos as essências fenomenológicas do mundo vivido dos profissionais de enfermagem como cuidadores da criança hospitalizada por

maus-tratos através da compreensão dos significados de suas vivências cotidianas. O fenômeno é visto como um receptáculo das essências e a Fenomenologia um caminho para desvelar os segredos ali guardados.

De acordo com MERLEAU-PONTY, a Fenomenologia

*"é o estudo das essências e todos os problemas, segundo ele, resumem-se em definir essências: a essência da percepção, a essência da consciência... mas é também um relato do espaço, do tempo, do mundo 'vividos'. É a tentativa de uma descrição direta de nossa experiência tal como é..."* (MERLEAU-PONTY, 1996, p. 1).

Em CAPALBO, encontramos incentivo para o estudo da Fenomenologia com aplicação à enfermagem, realizado pelos próprios enfermeiros. Para esta fenomenóloga, um dos aspectos das doenças, tais como são vividas pelas pessoas, é o de natureza material ou de conteúdo. Este expressa *"a situação existencial concreta... e que se apresenta através de sua corporeidade, da sua linguagem, da sua vida socioeconômica e cultural e que diferem de um lugar para outro, pois estão vinculados à historicidade própria de cada ser doente"* (1994, p. 75).

Ao refletir sobre o tema deste estudo, que se situa na compreensão dos significados das vivências dos profissionais da equipe de enfermagem, como cuidadores de crianças hospitalizadas por maus-tratos, senti necessidade de compreender a vivência destes profissionais através de suas falas.

Nesse sentido, orientamo-nos pela metodologia de entrevista fenomenológica de CARVALHO, que *"busca o gesto do cliente em seu movimento e em seu*

*sentido primeiro, a 'fala originária do gesto', isto é, o que ele diz e mostra no momento mesmo em que é desenhado na expressão"* (1987, p. 60).

Encontrei no método fenomenológico de GIORGI (1988) a adequação necessária para clarear o fenômeno a partir do vivido dos cuidadores da criança hospitalizada por maus-tratos. A partir do que é apresentado e valorizado no mundo da vida. Preocupamo-nos com a construção do "sentido" pelos sujeitos no entrecruzamento de suas experiências. Constituiu-se no encontro de um caminho significativo para a pesquisadora, por ela sentir um movimento sensível às características humanas e um modo a desvelar o fenômeno em estudo.

O fenômeno, por ser apresentado tal como é, em referência de significados, não me permitiu formulação de hipóteses, mas procurei ver o fenômeno que emergiu mediante a vivência do sujeito e seu modo de visar o mundo. Para mim, o fenômeno surge *"enquanto algo que exige um desvelamento tendo no sujeito que o descobre um parceiro neste processo de descoberta"* (LOPES et al., 1995, p. 51).

Várias vezes, interrogando-me sobre a experiência de minha vida pessoal e profissional, percebi o quanto os profissionais de enfermagem, sujeitos deste estudo, encontram-se defrontados com as conseqüências das situações dos maus-tratos da família à criança, ao ponto de causar-lhes necessidade de internação hospitalar para sua recuperação.

O mundo vivido pelas enfermeiras e auxiliares de enfermagem envolve uma consciência intencional voltada ao estar com a criança maltratada, hospitalizada e

cuidando-a em seu todo. Frequentemente, esta criança teve como acompanhante em sua permanência hospitalar, o próprio familiar agressor. Esta vivência impregnada de significados foi, então, única para cada um dos sujeitos.

CAPALBO, referindo-se a HUSSERL, manifesta que:

*“Os conteúdos da consciência vivida e atual, isto é, o sentido enquanto sentido e o pensamento enquanto pensado são os fenômenos”, isto é, o que aparece à consciência, cuja descrição exata constitui precisamente o objeto da fenomenologia”* (1994a, p. 73).

O método fenomenológico, portanto, adapta-se a esta investigação, trabalha-se, pois, com os discursos dos cuidadores de enfermagem que já vivem e experienciam o fenômeno do cuidado à criança hospitalizada por maus-tratos.

Nesse sentido,

*“para o pesquisador, a vantagem do método fenomenológico é obter uma compreensão maior do fenômeno estudado. Para os sujeitos (enfermeiros e auxiliares de enfermagem) a vantagem é a mudança que neles se opera; a reflexão mais profunda, a melhor compreensão da sua própria existência e as modificações com vistas ao crescimento e as possibilidades de mudanças”* (GUALDA et al., 1995, p. 300).

Nesta trajetória metodológica, adotei o método proposto por GIORGI (1988), que compreende quatro passos: sentido do todo, discriminação das unidades de significado, transformação em linguagem do pesquisador das expressões do sujeito e a síntese das unidades de significado transformadas, acrescidas, como um quinto passo, das dimensões fenomenológicas propostas por COMIOTTO (1992).

Como pesquisadora, busquei aprofundar o conhecimento desta metodologia através de outros referenciais que fortalecessem a nossa investigação.

### **O sentido do todo**

Em GIORGI (1988), para conseguir apreender o sentido do todo, a descrição ingênua da experiência do sujeito é lida e relida tantas vezes quantas forem necessárias.

MARTINS (1992) percebe esse processo como descrição fenomenológica. Para este fenomenólogo, a descrição fala das coisas e das situações e circunstâncias que a rodeiam.

Para TRIVIÑOS, é o *“questionamento do conhecimento, o que significa a **suspensão**, a colocação entre parênteses das crenças e proposições sobre o mundo natural. É a denominada ‘epoché’...”* que permitiu uma descrição do dado em toda sua pureza, e que não é o empírico. Este fenomenólogo, citando HUSSERL, descreve que *“não existe conteúdos da consciência, mas exclusivamente fenômenos. O dado é o consciente intencional do sujeito perante o objeto”* (1987, p. 44).

O colocar entre parênteses todo o juízo, a fim de captar o que realmente interessa, é captar a consciência da essência da coisa, requer, conforme MAURIÑO e REVUELTA, *“uma atitude reflexiva mediante um ato de reflexão”* (1992, p. 17).

### **Discriminação das unidades de significado**

Conforme GIORGI (1988), uma vez que é impossível analisar um texto inteiro de uma só vez, é necessário dividi-lo em unidades sempre dentro de uma perspectiva de conhecer o fenômeno pesquisado. A unidade de significado é numerada e discriminada no próprio texto quando se percebe uma mudança no sentido da situação descrita pelo sujeito. Esta delimitação visa se deixar impregnar, intuitivamente, pelo fenômeno. Nesta etapa, a linguagem ingênua do sujeito é mantida sem qualquer alteração.

A subjetividade, para MERLEAU-PONTY (1975), não é identidade consigo mesmo, mas é um sair de si. A essência do ser humano é ser consciência, aprender e se fazer presente, captando o seu engajamento no mundo.

Em MARTINS (1992), esse passo é percebido como redução fenomenológica. Esta constituiu-se em determinar e selecionar as partes da descrição consideradas essenciais, a fim de encontrar as partes da experiência que são verdadeiras à consciência do sujeito. O propósito deste momento foi isolar o objeto da consciência, como as coisas, as pessoas, as emoções ou outros aspectos que constituíram a experiência vivida, chegando ao núcleo essencial presente a esta experiência.

## **Transformação das expressões do sujeito em linguagem do pesquisador**

Em GIORGI (1988), neste passo, são realizadas as transformações da linguagem do sujeito em linguagem científica, preservando a ênfase do fenômeno pesquisado. A importância destas transformações se dá porque o sujeito ingênuo expressa múltiplas realidades de maneira própria e, para compreender os significados, é preciso elucidar os aspectos de cuidado de seu discurso com profundidade.

Para MARTINS (1992), a compreensão fenomenológica é uma tentativa de especificar o significado que é essencial na descrição e na redução fenomenológica e compreende, de modo semelhante a de GIORGI, que a importância destas transformações se dá porque as descrições constituem-se, geralmente, de discursos ingênuos e feitos por indivíduos vivendo uma realidade múltipla.

### **Síntese coerente das unidades de significado transformadas**

O último passo da análise proposta por GIORGI (1988) é sintetizar e integrar os “insights” contidos nas unidades de significado transformadas em uma descrição consistente do fenômeno vivenciado. Na etapa final da análise, a descrição específica da estrutura situada permanece mais fiel ao sujeito concreto e à situação específica, ao passo que a descrição geral da estrutura situada

procura afastar-se do específico para comunicar o significado mais geral do fenômeno por mim compreendido como a essência.

### **Dimensões fenomenológicas**

Propostas por COMIOTTO, se constitui um avanço qualitativo do método fenomenológico.

*“... diz respeito ao processo de pensamento realizado que requer um novo voltar-às-coisas-mesmas, para compreender, interpretar e retirar, pela redução a essência dos fenômeno estudados” (1992, p. 556).*

As dimensões consistem em interpretar as estruturas do fenômeno para captar nelas as sínteses das essências fenomenológicas.

### **3.3 O local e os sujeitos da pesquisa**

Participaram do estudo dez profissionais da equipe de enfermagem, integrados por enfermeiras e auxiliares de enfermagem que cuidam das crianças internadas por maus-tratos no Hospital da Criança Santo Antônio. O consentimento para a realização da investigação consta no anexo A.

Esse hospital é uma instituição filantrópica, fundada em 1953, e integrante da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - (ISCMPA). Tem como finalidade atender crianças de zero a doze anos em situação de assistência clínica e/ou cirúrgica em seus 200 leitos em nível de internação e/ou ambulatorial.

Estas crianças são provenientes, na sua maioria, de famílias com dificuldades sociais e econômicas.

O cuidado às crianças internadas, vítimas de maus-tratos, é realizado em sistema de permanência conjunta com seus pais ou familiar responsável em uma enfermaria própria, com cinco leitos, inserida em uma Unidade de Internação Clínica (1º B). A equipe de enfermagem cuidadora destas crianças, que também desenvolve cuidados a outras crianças, consta de cinco enfermeiros e dez auxiliares de enfermagem.

A adesão dos participantes ao estudo deu-se de forma voluntária. Este espaço para cada um, em particular, foi aberto através de convite pessoal que entregamos, individualmente, a cada uma das pessoas cuidadoras que já desempenhavam atividades de cuidado com crianças hospitalizadas devido a maus-tratos internadas no hospital, nos três turnos de trabalho: manhã, tarde e noite alternadas.

Assim como eu, mestranda e enfermeira pediatra, tenho a minha bagagem de conhecimentos, sentimentos e vivências, maneiras de ver, sentir, reagir, próprios de cada pessoa, também a pessoa dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem do cuidado direto à essas crianças têm as suas. Consideramos de importância, ao estudar o significado das vivências dos cuidadores de enfermagem de crianças internadas por maus-tratos, a presença deles como sujeitos, pois a *"Fenomenologia enfatiza a subjetividade considerando o irrefletido do mundo da experiência, o mundo da vida. Entende o homem com sua intencionalidade, e consciência..."* (MORAES, 1993, p. 17).

Relembrando OJEDA:

*“Somos seres humanos em busca de significados, de nossa auto-realização como pessoas e profissionais. Nesta busca, cada enfermeiro compreende sua responsabilidade em relação ao outro, e ao mesmo tempo coloca-se lado a lado, num processo de interação, onde o objeto passa a ser sujeito e todos se fazem pertencentes a um grande todo” (1996, p. 157).*

### **3.4 Reflexões éticas**

Questões éticas reafirmaram o meu dever de buscar, com respeito, uma percepção clara através desta investigação sobre o mundo vivido dos cuidadores de enfermagem à criança hospitalizada por maus-tratos. Fez-me refletir e assumir os preceitos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - COFEN (BRASIL, 1996), por traduzir a essência do nosso compromisso ético e legal. Em seu preâmbulo e princípios fundamentais, especialmente, nos apoiamos.

*“A Enfermagem compreende um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços ao ser humano, no seu contexto e circunstância de vida.*

*O aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processo de construção de uma consciência individual e coletiva, pelo compromisso social e profissional...” (p. 2).*

Os princípios fundamentais (Cap. 1, p. 3) estão assim enunciados:

*Art. 1º - A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais.*

*Art. 2º - O Profissional de Enfermagem participa, como integrante da sociedade, das ações que visem satisfazer às necessidades de saúde da população.*

*Art. 3º - O profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza.*

*Art. 4º - O Profissional de Enfermagem exerce suas atividades com justiça, competência, responsabilidade e honestidade.*

*Art. 5º - O Profissional de Enfermagem presta assistência à saúde visando a promoção do ser humano como um todo.*

*Art. 6º - O Profissional de Enfermagem exerce a profissão com autonomia, respeitando os preceitos legais da Enfermagem.”*

Esses princípios evidenciam a beneficência, a autonomia e a justiça que, no dizer de SELLI (1997), constituem-se em princípios bioéticos para o fazer da enfermagem.

Ampliando essa reflexão, percebo que muitas situações de maus-tratos infantis constituem o uso indiscriminado do poder dos pais ou pessoas responsáveis, no sentido de controlar, disciplinar e punir seus filhos. Por outro lado, a negligência representa o fracasso no desempenho de suas funções parentais, inclusive a supervisão, alimentação e proteção. A visão do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) considera a violação dos direitos da criança e do adolescente o conjunto de fatos e ocorrências que expressam impedimentos para a efetivação de potencialidades de crescimento e desenvolvimento. Este Estatuto caracteriza-se como um texto constitucional integrador do conjunto de direitos que promulga sobre a proteção integral destes seres humanos em desenvolvimento, necessitando para isto de proteção e cuidados da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público. Em cada um dos seus 59 Artigos prenuncia como os direitos da criança e do

adolescente são garantidos pela Constituição Brasileira, quanto às oportunidades e recursos que necessitam ao desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social em condições de liberdade, dignidade e convivência familiar.

Ressaltaremos aqui os direitos da criança e do adolescente, promulgados na Constituição Federal de 1988 (Art. 227 e 245), e nas leis sociais brasileiras que protegem a criança e o adolescente.

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

Contudo, esse pressuposto, por si só, não tem sido capaz de alterar a prática da violação dos Direitos da Criança, embora já declarados anteriormente na Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1959 (RAYA, 1978).

Consideramos que ao estudarmos "*o cuidado da criança hospitalizada por maus-tratos e o significado das vivências dos cuidadores de enfermagem*", procedemos de acordo com o Código de Ética de Enfermagem - COFEN (BRASIL, 1996), ressaltando o seu Art. 3º, respeitando a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana em todo o seu ciclo vital sem discriminação de qualquer natureza.

Aos profissionais de enfermagem, sujeitos desta investigação, também dedicamos cuidados éticos, iniciando pelo reconhecimento humano de cada profissional de enfermagem cuidador da criança maltratada que já vem

experienciando este fenômeno. Visando valorizar o potencial individual de cada participante com a mesma igualdade e oportunidade de integrar este estudo, acreditei que todos tinham contribuições significativas de suas vivências e experiências no cuidado à criança maltratada a serem desveladas neste estudo.

Oportunizamos para cada cuidador participar do processo da construção desta pesquisa, respeitando a liberdade de opção de querer ou não participar. Afastamos todas as possibilidades de autoridade, poder coercitivo, discriminação, domínio ou pressão. Todos os participantes demonstraram imenso interesse em serem sujeitos, sentindo-se co-participantes do estudo.

Na coleta das informações, propiciamos privacidade de ambiente e tratamos, individualmente, as questões de sigilo sobre o material coletado nas entrevistas, uma vez que foram trabalhados assuntos pessoais e/ou profissionais vividos em seu cotidiano.

Contratamos e obtivemos o consentimento de cada participante para gravação das entrevistas em fitas K7, bem como a utilização de suas percepções sobre o tema em pauta (Anexo B). O fato de gravá-las garantiu a fidedignidade de seu conteúdo

### **3.5 Coleta de informações**

Partimos de uma testagem prévia da questão norteadora da investigação com as enfermeiras e auxiliares de enfermagem, também vivenciadoras de cuidados à criança maltratada, porém, de outro hospital pediátrico. Através desta

experiência, percebemos que a questão norteadora era clara e adequadamente formulada, propiciando a sua compreensão para desvelarmos os significados das vivências dos profissionais da equipe de enfermagem como cuidadores de crianças hospitalizadas por maus-tratos.

Segundo NUNES, discurso *“é aquilo que brota de dentro do sujeito da experiência de seu mundo-vida. É o relato de um sujeito para outro que não sabe o que o primeiro sente”* (1995, p. 68).

A coleta das informações foi obtida através de entrevistas dialógicas com os sujeitos da pesquisa, que procuramos desvelar os significados das experiências dos profissionais da equipe de enfermagem, cuidadores de crianças internadas por maus-tratos (Anexo C). Desde o início deste processo, tive preocupação em desenvolver um clima de confiança, empatia, lealdade e de harmonia entre a pesquisadora e os participantes. Esta relação foi fundamental para que a entrevista pudesse se dar de forma a possibilitar aos sujeitos discorrerem sobre suas vivências.

De acordo com MARTINS e BICUDO, a entrevista é: *“A única possibilidade que se tem de obter dados relevantes sobre o mundo da vida do respondente”* (1989, p. 54). Ao lançar mão do recurso que a entrevista fornece, desejamos desocultar descrições ingênuas, não reflexivas, sobre uma determinada situação.

CARVALHO diz que a entrevista fenomenológica se dá *“sob a forma de existência situada no encontro”* (1987, p. 7). O encontro existencial exige do entrevistador tomar uma nova postura por fazer parte do processo.

Incluimos no “*rapport*” *prévio* da entrevista, a informação da importância da participação desses profissionais para o estudo que estava se desenvolvendo e como seria a sua participação.

Os momentos de encontro, dias e horários para entrevista, foram combinados e marcados pelos participantes. A duração da entrevista não foi fixada de maneira rígida e a média de seu desenvolvimento foi de uma hora e meia. Para essas articulações muito me auxiliou o “diário de campo” que utilizei no decorrer da realização da pesquisa.

Proporcionei um ambiente propício, acolhedor, distante da área de trabalho. Escolhi a sala de reuniões do Centro Administrativo do Hospital. Este detalhe foi de suma importância, pois quebrou a rotina, levando-nos a uma liberação dos compromissos profissionais, favorecendo um momento próprio de bem-estar, incluindo privacidade.

Em comum acordo, optamos pelo registro das entrevistas através de gravação. Este tipo de registro facilitou por poder contar com todas as informações fornecidas pelos participantes, de ir e vir quantas vezes fosse necessário, em sua fala originária e pré-reflexiva, para o esclarecimento do fenômeno, a fim de investigar a realidade tal como experienciada pelo sujeito.

Conforme CARVALHO,

*“a consciência de si há que ser a consciência que a pessoa tem de sua maneira de estar no mundo e de se posicionar em face das situações, consciência que poderá emergir da - entrevista fenomenológica por uma compreensão profunda” (1987, p. 31).*

Na entrevista realizada, portanto, captei a maneira dos cuidadores de enfermagem vivenciarem o mundo de cuidados da criança hospitalizada por maus-tratos sendo esta maneira singular a cada um. Utilizo-me da fala do Prefácio de CAPALBO, na obra de CARVALHO, quando enfatiza que:

*“A entrevista se dá sob a forma de existência situada no encontro (...) que se apresenta de maneira imprevista, ou seja, é um acontecimento com o qual me defronto e que vai exigir de mim um novo posicionamento. O encontro apresenta a alteridade radical do outro com o qual me deparo, me defronto e que me obriga a reconhecer que é uma realidade estranha a mim, que tem a sua identidade própria, fazendo-me, pois, apelo a meu descentramento de mim mesmo, indo, intencionalmente, à compreensão empática deste outro que aí está diante de mim” (1987, p. 7).*

CAPALBO descreve que, ao desenvolver uma atitude fenomenológica, é necessário deixar as coisas aparecerem com a característica que se dá nesta transparência, permitindo o surgimento das essências. Também *“instaura a atitude dialogal e do acolhimento do outro em suas opiniões, idéias e sentimentos, procurando colocar-se na perspectiva do outro para compreender e ver como o outro vê, sente ou pensa”* (1973, p. 35). Por isto, procurei impregnar-me de seus gestos, de seu olhar, do modo de se expressar, como se pensasse com o seu pensamento. Dentro deste ambiente interativo que construímos, fomos em busca do fenômeno, lançando apenas uma questão norteadora, deixando o entrevistado com total liberdade de expressão.

A questão norteadora da entrevista foi:

**Em tua vivência profissional de enfermagem como cuidador(a) de crianças hospitalizadas por maus-tratos, o que significa para ti cuidar destas crianças?**

Procurei manter-me em sintonia com o entrevistado(a), a fim de possibilitar comunicação e compreensão, pois *“embora, na verdade escutemos o que uma pessoa diz, também prestamos atenção no que ela não diz, e de algum modo ‘escutamos’ seus gestos, posturas e tom de voz”* (KEEN, 1979, p. 29).

Ouvir os depoimentos da equipe de enfermagem para depois compreendê-los e interpretá-los. CARVALHO refere que:

*“A significação é vivência pessoal de um sujeito, pois é por ele experimentada, mas ela é ao mesmo tempo de valor universal, pois pode ser vivenciada por outros sujeitos ... Na significação se realiza a unidade fenomenológica do ato de dar sentido ou a intenção significativa, e o ato de preenchimento significativo ou de referência à expressão”* (1987, p. 141).

A entrevista de cunho fenomenológico mostrou-se a melhor forma para captar o significado dos discursos dos entrevistados, pois ela permite a expressão espontânea, do jeito que o mesmo sente e vivencia a sua experiência de cuidado à criança maltratada, com o significado próprio que lhe atribui.

Como diz STEIN,

*“Tanto na palavra sentido, como na palavra significado, está implícita a idéia de linguagem como um todo. Se precisamos do sentido e do significado para conhecer, isto significa que precisamos da linguagem para podermos conhecer. Então, a questão da relação entre a linguagem e pensamento era uma relação absolutamente necessária”* (1996, p. 22).

Dessa forma, foram lançadas as luzes da reflexão sobre o significado das vivências no cotidiano profissional dos cuidadores de enfermagem à criança hospitalizada por maus-tratos.

### **3.6 Análise: passos para compreensão do fenômeno**

Na referência de COMIOTTO, a fenomenologia é *“uma atitude de reflexão”* (1992, p. 84), pois ao estar sempre à procura da essência dos fenômenos atinge a compreensão, porém, nunca definitiva.

Como pesquisadora, permiti-me vivenciar esse processo de análise reflexiva.

*“... o conteúdo da fenomenologia é constituído dos dados da experiência, seu significado para o sujeito e mais particularmente, a essência dos fenômenos”* (GIORGI, 1978, p. 10).

Para análise das informações utilizamos uma abordagem fenomenológica seguindo os passos de GIORGI (1988), que compreende as seguintes etapas: **o sentido do todo, as unidades de significado, transformação das unidades de significado, síntese das unidades de significado**, acrescidas pelas **dimensões fenomenológicas**, propostas por COMIOTTO (1992).

Segundo essa autora:

*“A investigação científica da Fenomenologia recai sobre as formas da consciência dos objetos, sendo que estes objetos são definidos por um ato de consciência. A Fenomenologia só é acessível a um método fenomenológico e sendo um método, a Fenomenologia quer atingir o*

*fenômeno através de uma visão categorial e assim poder captar sua essência” (1992, p. 176).*

A vivência de cada etapa desta investigação proporcionou-me mergulhar no mundo-da-vida dos cuidadores da criança hospitalizada por maus-tratos.

Inicialmente, passei a **captar o sentido do todo** através da descrição ingênua do sujeito. Ouvi as fitas com atenção, passando a transcrevê-las. Fui entrando no mundo vivido dos sujeitos. Impregnei-me dos sentimentos manifestados por esses profissionais, reportando-me mentalmente aos momentos dos encontros.

Li, atentamente, cada discurso, obtendo assim uma visão geral de suas percepções, abordando, desta forma, o sentido do todo.

Partindo desse contexto, iniciei a “**redução fenomenológica**” através da delimitação das **unidades de significado**. Neste momento, senti que começou a emergir o fenômeno em estudo. Ao realizar os cortes das unidades de significado, eles me indicaram partes compreensivas, pois percebia que as falas tinham para mim uma significação maior, indo além do que tentavam descrever.

Para COMIOTTO,

*“a redução fenomenológica toma as descrições das experiências consistentes conforme nós a vivemos, pois chegamos ao nível do fenômeno. Quando estamos presentes no reino da experiência, podemos intuir diretamente a estrutura do fenômeno mediante a evidência emergida da experiência como fenômeno” (1990, p. 91).*

Procurei desenvolver uma postura fenomenológica para que ocorresse toda apreensão possível, pois como investigadora e como ser humano, percebo a importância de ter consciência de meu próprio existir; compreendo o significado de conviver com outros seres humanos e captar o significado que eles têm de sua própria existência no mundo.

### **Transformação das unidades de significado em linguagem do pesquisador**

Através de um processo de reflexão imaginativa, procurei interpretar e representar a essência do fenômeno em estudo. Construí uma linguagem própria a partir da linguagem ingênua do sujeito, buscando compreender os significados e elucidar aspectos relevantes do seu discurso.

### **A síntese das unidades de significado**

Partindo de uma descrição harmoniosa e consciente, deixei emergir a essência do fenômeno vivido pelos cuidadores da criança hospitalizada por maus-tratos. Sintetizei as unidades de significado de modo a valorizar a essência do fenômeno. Ao sintetizá-las, integrei os “insights” contidos nas unidades de significado transformadas em uma descrição consistente com a estrutura do fenômeno. Nesta síntese, todas as unidades de significado foram levadas em consideração.

### **Dimensões fenomenológicas**

Buscando o foco da investigação, deixei aflorar, a partir da redução fenomenológica, as estruturas constitutivas de cada essência, compreendidas por COMIOTTO (1992) como dimensões fenomenológicas.

Nesta etapa, procurei explicitar os indicadores temáticos comuns que levaram às dimensões, e estas, em conjuntos, representaram as essências.

Ao refletir sobre o que ficou descrito no passo anterior, procurei perceber o que emergiu de novo e reuni cada uma das idéias de um mesmo significado, formando as dimensões.

Para chegar à essência através da redução,

*“significa iluminar e esclarecer o mundo como ele é e se apresenta, trata-se de se colocar o mundo como um fim, um objetivo a alcançar. O mundo é aquilo que nós percebemos, não sendo apenas aquilo que eu penso, mas o que eu vivo. Estando abertos para o mundo, estaremos em comunicação com ele, mas não o possuiremos, pois este mundo é infinito” (MARTINS, 1992, p. 61).*

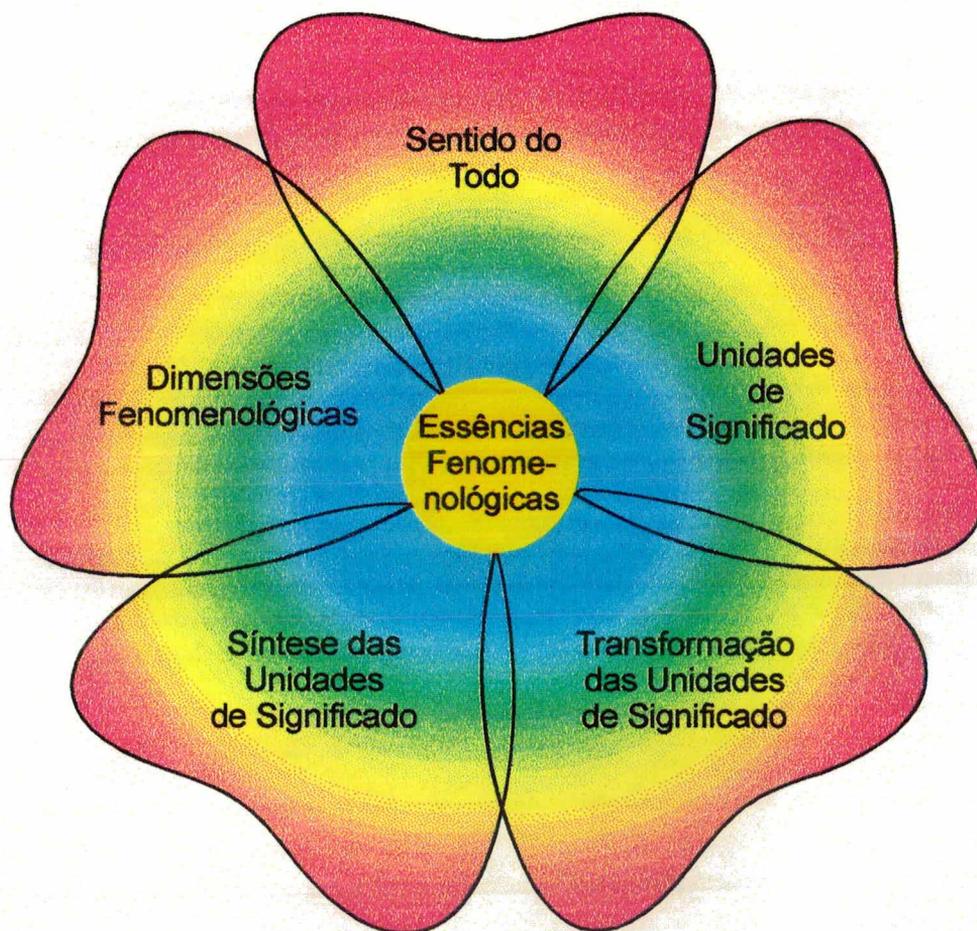
A análise e a reflexão das experiências vividas pelas participantes propiciou a percepção das essências do fenômeno e das dimensões fenomenológicas.

Compreendo que as essências e dimensões fenomenológicas reveladas foram frutos de minha percepção como pessoa e como profissional de enfermagem cuidadora.

Outras essências e dimensões fenomenológicas, certamente, poderiam emergir, pois a *“verdade é inacabada”* e novas luzes vão surgindo ao aprofundar a análise do fenômeno em questão.

Foram momentos de reflexão, dos quais vi emergirem as **dimensões fenomenológicas** (COMIOTTO, 1992), das **essências do fenômeno**.

### 3.7 Diagrama ilustrativo do método fenomenológico (Giorgi, 1988) e (Comiotto, 1992)



Este diagrama demonstra a dinamicidade do método fenomenológico. Partindo do sentido do todo, delimitamos as unidades de significado e num movimento reflexivo transformamos as unidades de significado na linguagem do pesquisador. Ao conduzirmo-nos às sínteses das unidades de significado, vimos emergir as dimensões que levaram as essências fenomenológicas num movimento de reflexão infinita.

## 4 PARTICIPANTES DA CAMINHADA

### 4.1 Denominando os sujeitos

*"As flores....  
Elas expressam a linguagem do amor.  
... ficam imaginando se mais belas são as flores ou as intenções."  
Elisabeth Barrett Browning (1806-1861, in: PICKLES, 1996, p. 5).*

Indo ao encontro das essências, denominei os sujeitos de FLORES, por perceber a importância de seu significado, beleza e representatividade em nosso mundo.

*"Existe coisa melhor do que receber flores inesperadas? Um buquê de Flores Silvestres para alegrar a bandeja do café, lírios-do-vale para festejar a primavera, ou um simples raminho de madressilvas colhidas nas cercas vivas. O prazer será ainda maior se as flores tiverem um significado especial" (PICKLES, 1996, p. 5).*

Nossas vivências, ao longo de nossa trajetória como ser humano e profissional, delineiam o nosso processo educativo. Para compreendê-lo, necessitamos compreender, também, o significado de nossas experiências no mundo-vida.

Procurando entender esses momentos de reflexão e seus significados, percebo estar num “constante-vir-a-ser” e que comigo também se encontram os sujeitos deste estudo.

### **Amarilis**

*Amarilis é o nome de uma pastora que aparece na obra de Virgílio, e a palavra, de origem grega, significa “deslumbrante”. A espécie é chamada belladonna, “bela senhora” em italiano. Na linguagem das flores, considera-se a amarilis altiva e também orgulhosa, talvez porque seja uma flor difícil de cultivar” (PICKLES, 1996, p. 10).*

Assim, essa cuidadora, tal como uma pastora, dedica-se ao cuidado da criança hospitalizada por maus-tratos. *“Percebo meu compromisso com a criança ao fazer a leitura de sua expressão facial de dor, sinto esta como um pedido de socorro...”*

Por ter vivenciado o abandono por sua mãe, aos três meses de vida, ainda hoje se ressentida desta rejeição e procura, em seu cotidiano profissional e familiar, desenvolver vínculos afetivos para o crescimento sadio das crianças.

### **Tulipa**

*“E quando o Amor fala, a voz de todos os deuses deixa os céus estonteados com a harmonia...” (PICKLES, 1996, p. 100).*

O cuidar as crianças hospitalizadas por maus-tratos, foi-lhe sempre uma motivação acompanhada de uma escala de valores humanos. Para ela, era

*“instigante atuar com um núcleo doentio, a família desestruturada, pois, por trás do mau-trato, há uma grande singularidade...”*

Acredita no trabalho em equipe interdisciplinar para atuar junto à criança e à família, bem como servindo de apoio nos momentos de angústia que permeiam nosso cotidiano.

Luta por suas idéias em meio a esse mundo de poucos recursos para a saúde, lançando mão da implantação de modelos saudáveis de novos vínculos entre mãe e filho utilizados no momento da internação de uma criança.

Para ela *“... a enfermagem é a personagem principal dessa história, pois acompanhamos nas 24 horas a criança...”*.

Diz ainda que ser enfermeira pediatra *“é ter respeito, sorrir, cuidar e, se for necessário, chorar...e foi por amar demais às crianças que decidi trabalhar com a criança maltratada e aí... me apaixonei. Com certeza, a mão que apedreja, tem também sentimentos para fazer carinho”*.

De família bem estruturada, sempre advogou casos impossíveis e desesperados de seus colegas de escola, sendo porta-voz do grupo nos trabalhos voluntários.

### **Flor Silvestre**

*“A Flor Silvestre, uma das flores silvestres mais resistentes, floresce ano após ano e com certeza significa perseverança por causa de sua tenacidade depois de se fixar em um jardim. Cobre os bosques com tapetes azuis...”* (PICKLES, 1996, p.15).

Sua resistência é percebida em sua história de vida. Órfã de mãe, aos três anos de idade, quase não recebeu carinho e cada um de seus irmãos seguiu o seu destino. *“Não cheguei a passar fome, mas, por vezes, fui obrigada por meus avós a comer comida mofada, como punição aos meus atos de desobediência”*. Percebe que as crianças maltratadas, geralmente, são carentes, debilitadas, sedentas por carinho, atenção e afeto. Não julga a família, pois reconhece que, por vezes, a sociedade não lhes dá condições para uma sobrevivência com qualidade.

Agradece a Deus por sua profissão e pela oportunidade de cuidar dessas crianças, pois *“... me coloco no lugar daquelas mães e comparo a maneira como vivem essas famílias e como vive hoje a minha!”*.

Sente-se envolvida pelas crianças que cuida, sentindo-as, procura resgatar vínculos perdidos, valorizando a hospitalização como *locus* para uma nova oportunidade de resgate à vida.

## **Centáurea**

*“Tão doce, parecia o amor, naquela manhã de abril... flor agreste, de azul brilhante, que cresce em trigais...”*

*“Era uma vez um jovem que idolatrava Flora, a rainha das flores. O jovem tinha um carinho especial pelas flores azuis que colhia nos trigais perto de sua casa. Certo dia ali o encontraram morto e Flora transformou-se numa centáurea em homenagem a seu amor pela flor e a sua devoção pela rainha das flores. Desde então o significado da centáurea passou a ser sensibilidade” (PICKLES, 1996, p. 27).*

Vimos que Centáurea significa sensibilidade e ela expressa em sua fala quando, ao iniciar o plantão, diz: “... *procuro relacionar as crianças e vê-las antes que adormeçam, pois procuro senti-las, se estão alegres, tristes e o que estão a pensar...*”

Encontra dificuldades em lidar com questões de abuso sexual, pois em seus valores isto nunca deveria existir. O que a impulsiona, neste trabalho, é a vontade de interromper o ciclo dessa problemática, pois identifica hoje os agressores como vítimas no passado.

Caracteriza sua família de origem como fraterna e sem dificuldades econômicas, o que contrapõe, em muito, às famílias maltratantes. Percebe que a internação de uma criança por maus-tratos é como se fosse sair do inferno e ir para o céu. Queria que estas oportunidades se transformassem em possibilidades de “ser-mais”, ser um “ser-feliz”.

Para ela é necessário fazer a leitura do mau-trato, hoje, para que seja rompido, definitivamente, o ciclo de repetição no futuro.

## **Violeta**

*“Esta flor humilde tem sido celebrada na poesia e no romance desde os tempos antigos e é muito estimada por seu perfume delicado. Foi muito citada por Shakespeare, que a chamou de “precoce”, pois ela floresce cedo e anuncia a aproximação do verão. A planta é freqüentemente descrita como modesta por esconder sua beleza escura entre as longas folhas de grama e por florescer tão fugazmente” (PICKLES, 1996, p. 102).*

Em sua humildade, Violeta demonstra grande perseverança na busca de conhecimentos para vivenciar a prática de cuidado à criança hospitalizada por

maus-tratos. Apesar do pouco tempo de atuação profissional, sente que está crescendo e conseguindo modificar sua forma de ver a criança e a família, percebendo-os como vítimas de uma história de repetição. *“Hoje já olho um pai e uma mãe sem ter raiva.”* Ao desenvolver uma postura de maior compreensão e ajuda resultou num melhor cuidado.

Valoriza a assistência integral criança-família e equipe, porém, reconhece que existem dificuldades no inter-relacionamento equipe de enfermagem-criança-família.

*“Agora, como mãe, já consigo controlar melhor meus impulsos, em outros momentos, isto não acontecia.”* Procura agora ter como objetivo envolver a criança hospitalizada em amor, segurança e carinho. Portanto: *“... procuramos satisfazê-los e, um dia, eles começam a rir para uma colega e, em seguida, estão rindo para o mundo”*.

Constantemente, suas vivências como cuidadora de enfermagem proporcionam reflexões pessoais que transfere para sua estrutura intrafamiliar.

## **Orquídea**

*“Pensamos em orquídeas como flores exóticas, produtos de estufas e de climas quentes, mas existem muitas orquídeas menores que crescem como flores silvestres em campos e sebes. Todas elas têm manchas, que são sua marca peculiar de beleza”* (PICKLES, 1996, p. 72).

Pelos seus formatos, é *“ associada à mamãe gansa com sua ninhada, devido à maneira como as flores se agrupam em torno do talo”* (PICKLES, 1996, p. 72).

Demonstrando sua característica de agilidade, Orquídea, ainda principiante no cuidado à criança hospitalizada por maus-tratos, participa ativamente do Comitê dos Direitos da Criança, dedicando-se, sem medida, no cuidado a estas crianças.

Percebe-se vigilante, perante a família, quando permanece junto à criança, sendo um desafio procurar entender o porquê dessas agressões terem sido dirigidas por seus familiares. Para ela, o trabalho da enfermagem *“... é investigar, reunindo a equipe de enfermagem, trocando informações, mantendo uma atitude de permanente ajuda e proteção”*.

Proveniente de uma família com vínculos estabelecidos, embora tivesse ocorrido em sua infância alguns rompimentos marcantes, sente que o resgate à vida passa pelo restabelecimento dos vínculos da família sem julgar suas atitudes.

## **Prímula**

*“Existem poucas flores cuja chegada seja tão avidamente esperada durante o ano quanto a primula, e foi por ser um dos primeiros sinais da primavera que ela recebeu seu nome em inglês, primrose, que significa ‘primeira rosa’.”*

Tem significado de *“afeto e respeito”* (PICKLES, 1996, p. 84).

*“Ensino-lhe a sorrir de novo, a ter e a sentir amor e a chorar quando for preciso.”*

Esta é a fala de Prímula, carregada de afeto e respeito. Percebe que não devemos questionar as crianças pelos maus-tratos sofridos, pois estaremos fazendo que reviva o sofrimento experienciado.

Mostra-se disponível para o trabalho em equipe, pois reconhece a amplitude dessa problemática. Diz que educar uma criança é algo complexo e a proximidade junto a ela nos auxilia a identificar suas necessidades, senão, vejamos: “... ao dialogarmos com esta criança, ela fecha os olhos, não olha em nossos olhos”.

Essas e outras questões foram discutidas no Ateliê de Vivências, momento proporcionado ao grupo para esclarecimentos de suas inquietações e como forma de ampliar seus conhecimentos.

Prímula refere: “O Ateliê de Vivências tirou as vendas de nossos olhos... passei a perceber que gostava muito das crianças, o que, para mim, foi uma descoberta”.

Para Prímula, a hospitalização da criança com maus-tratos se constitui em um momento de um reencontro intrapessoal da mãe, resultando no surgimento de vínculos maternos.

## **Flox**

Sua origem grega significa “chama”.

*“Diferentes interpretações foram dadas à linguagem da flox, mas a mensagem que ela mais comumente transmite é de harmonia” (PICKLES, 1996, p. 79).*

Originária de uma família harmoniosa, Flox convive com as crianças maltratadas, procurando protegê-las, e diz: “o lado humano ultrapassa o profissional”. Entende que as atitudes agressivas são injustas, pois sempre prejudica o mais fraco.

Ressente-se pela falta de visitas dos pais, pois o hospital é um *locus* em que podem aprender o real significado de uma família e de seus componentes.

Para Flox, as crianças hospitalizadas por maus-tratos “*sempre serão crianças com necessidades especiais*”.

### **Margarida**

Margarida, símbolo da inocência.

*“É a flor das crianças, que adoram colhê-la para fazer ramalhetes e cordões.”  
“Margarida, em inglês, daisy, significa “o olho do dia”. A flor justifica este nome, pois abre-se com a luz do dia e, quando o sol se põe, dobra de novo as pétalas, como se fosse dormir” (PICKLES, 1996, p. 32).*

Iluminada como o sol do dia, Margarida procura desenvolver a enfermagem, sendo um vínculo de ajuda à criança maltratada e sente-se gratificada por isto. Coloca-se em seu lugar e consegue compreendê-la, pois, segundo ela, “*Sentia-me tão sozinha como se fosse a única e a última pessoa no mundo*”. Seu relato se refere aos maus-tratos sofridos na infância por sua mãe devido a crises nervosas. “*Agradeço a Deus por ter um hospital que acolhe estas crianças*”.

Percebe que é necessário conscientizar as pessoas que maltratam, mostrando-lhes novas formas de cuidar, e que a agressão não é educativa. “*Valorizo muito o diálogo*”.

## Madressilva

*“Ouvistes seu doce cantar,  
E as vistas em uma ciranda:  
Cada virgem igual a uma fonte,  
Coroadas de madressilvas” (PICKLES, 1996, p. 46).*

*“Essa flor que representa índole meiga, “geralmente crescendo no campo, transforma tudo que a circunda num local de encantamento floral, por seu perfume evocativo” (PICKLES, 1996, p. 47).*

Sua maneira feliz de viver envolve a todos, inclusive a criança hospitalizada por maus-tratos e sua família. Provida de uma grande beleza interior e iluminada por sua sensibilidade, ainda antes de ser mãe já se sentia mobilizada para esta questão em estudo, mas verbaliza que: *“ainda não consegui vencer o preconceito da violência sexual”*.

Seu interior está voltado para o reconhecimento da enfermagem como uma profissão preocupada com o ser humano e, se assim não fosse, *“seria mais um maltratante, pois não estaríamos ouvindo com o coração as suas necessidades”*.

Demonstra ter presença autêntica perante a criança e família, procurando manter uma postura de ajuda, transferindo a atenção do foco da violência.

*“Gosto de cuidar das crianças maltratadas”, embora sinta, às vezes, um aperto, uma frustração, um choro contido e sentimentos que ainda não consigo liberar. Cuidar da criança maltratada é dar igualdade para que ela se sinta bem em um ambiente o mais familiar possível... Ter consciência de que não conseguiremos aliviar todo o seu sofrimento.”*

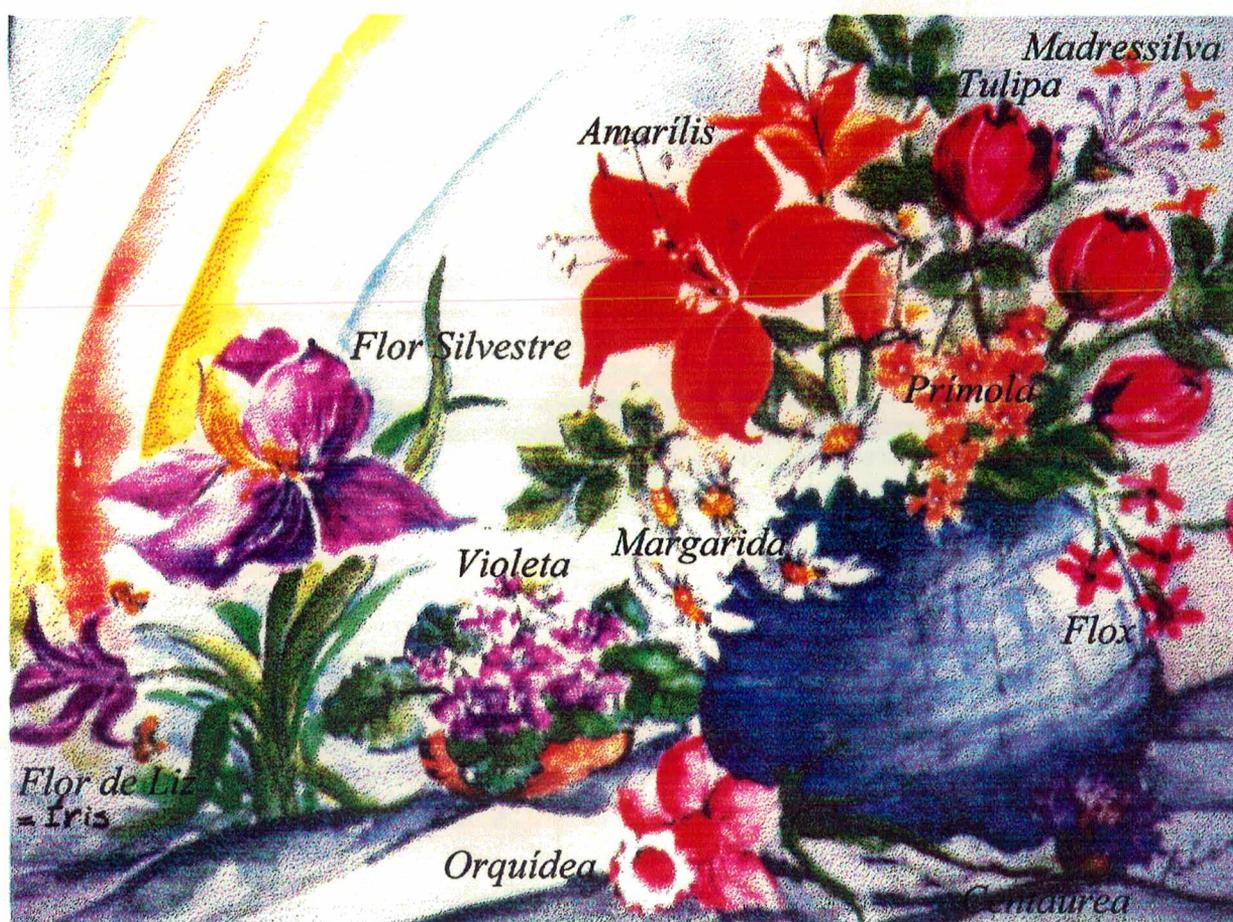
## 4.2 Características pessoais

No intuito de preservar a identidade dos sujeitos, que constou predominantemente de pessoas do sexo feminino, não se incluiu no quadro a seguir a característica sexo, bem como a categoria profissional dos participantes deste estudo, que foram cinco auxiliares de enfermagem e cinco enfermeiras.

<b>Denominação dos sujeitos</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo de atuação no cuidado à criança maltratada</b>
Amarílis	41	6 anos
Tulipa	27	5 anos
Flor Silvestre	42	15 anos
Centáurea	32	7 anos
Violeta	40	10 meses
Orquídea	25	6 meses
Prímula	24	2 anos
Flox	37	2 anos
Margarida	25	6 anos
Madressilva	26	2 anos

### 4.3 Representação ilustrativa dos sujeitos e seu mundo vivido

Os sujeitos deste estudo representados nestas flores, fazem emergir o arco-íris como um caminho percorrido, transmitindo suas mensagens de cuidado à criança hospitalizada por maus-tratos.



## **4.4 O desvelar das vivências significativas dos cuidadores**

### **4.4.1 Amarilis**

Sinto uma satisfação pessoal pela oportunidade de estar vigilante com a criança e cuidá-la, independente de sua comunicação verbal ou motora. Percebo meu compromisso com a criança ao fazer a leitura de sua expressão facial de dor, sinto esta como um pedido de socorro. Identifico o desinteresse materno de estar com a criança no hospital, embora entre os seus 8 filhos julgo ser este o mais necessitado.

Considero o estupro anal que sofreu este menino indefeso, que não anda e não fala, a única coisa imperdoável. É imprevisível a reação que eu terei ao ter que defrontar-me com o agressor. Reconheço que a recuperação dessa criança desestruturada é lenta. Para ela, “voltar a ser criança” só será possível com a ajuda de Deus, o carinho de todos os membros da equipe, das outras mães de “pacientezinhos” internados na mesma sala e da medicação que recebe. Este processo de recuperação que é expressado com um sorrizinho, parece-nos querer contar alguma coisa que ainda não conseguimos entender. Para mim, é uma experiência maravilhosa.

Venho acumulando várias experiências de crianças hospitalizadas por maus-tratos. Mas cada vez que eu me defronto com uma nova criança maltratada, vejo que cada uma tem sua própria história.

Uma experiência de perplexidade marcante foi por mim vivenciada quando cuidadora de uma criança que estava hospitalizada e imobilizada por fratura

decorrente de um mau-trato causado pelo seu padrasto. A criança sofria novo abuso pelo seu responsável, durante a internação, quando o mesmo beijava-lhe a boca e, ainda mais, quando ouvi o menino expressar sentimentos de prazer ao receber carícias sensuais em seus mamilos, aí eu digo, “meu Deus!”. Esta atitude foi, também, percebida como estranha por outra mãe que estava na mesma sala. Perguntou se eu estava percebendo o que estava ocorrendo. Disse-lhe que passaria o fato à enfermeira.

Notei que o padrasto era uma pessoa rígida, tendo atitudes agressivas com relação aos hábitos de sono do menino.

Quando a mãe perdeu a guarda do filho ao pai, que era uma pessoa de boa índole, eu tive sentimentos de culpa ao vê-la chorar, porém, sei que a situação foi bem avaliada. Mas a gente também tem filhos, e eu não gostaria que tirassem o meu filho. Porém, nesta situação, a mãe optou em ficar com o companheiro agressor. Mesmo assim, sinto que os dados que eu forneci, os quais não inventei, contribuíram para esta decisão. Creio que não fiz bem à mãe, mas fiz um bem à criança, porque o padrasto agressor foi impedido de entrar no hospital. A criança passou a receber visitas, somente, da mãe ou do pai verdadeiro.

A mãe demonstrava comportamentos agressivos em relação à equipe quando solicitada a visitar com mais freqüência seu filho. Não concordou que a criança ficasse com o pai verdadeiro, dizendo que a criança ficaria em uma casa sob a guarda do Conselho Tutelar. No momento da alta, lembrei que quando vi aquela criança pela primeira vez, pensei: “*será que ele vai conseguir...*” e vendo-a, agora, caminhando, eu digo: “*querido da tia, que coisa mais linda que tu estás...*” foi

quando ele deu aquele sorriso e falou algo que eu não entendi. É, neste momento, que tenho certeza de que esta criança merece uma chance melhor.

Quando eu tinha três meses, fui doada por minha mãe aos meus avós paternos, porque estavam em melhores condições financeiras. Eu sinto até hoje esta rejeição. Disse à minha mãe que morreria sem perdoá-la, pois ela optou por ficar com minha irmã que era filha de outro pai. Preferia ter passado fome, mas tido seu toque, seu carinho, sua palavra. Carinho de mãe eu não recebi. Não tive a mãe para conversar. Não podia trocar idéias com meus avós, pois eram muito idosos. Revivendo este sentimento, consigo entender estas crianças, e isto me causa mágoa, ressentimento.

Não tenho sorte em arrumar companheiro, todos que por mim passaram, só se beneficiaram de minha situação. Eu quero ser feliz e não consigo, jogo tudo numa nova relação. Acredito que a figura paterna é importante na família, complementando nossa relação.

O que será que eu fiz para não ser feliz? Penso que nunca conseguirei, mesmo rezando para Nossa Senhora Aparecida, à qual eu tenho muita fé e rezo sempre. Agora parece que está surgindo alguém que se interessa por mim. Estou investindo nesta relação e agradecendo à Nossa Senhora Aparecida. Este sofrimento me acompanha, eu já me piquei, duas vezes, com uma agulha contaminada pelo vírus HIV. Estou, inclusive, em acompanhamento, mas sinto que na hora da urgência, quero fazer os procedimentos com rapidez para que a criança não sofra.

Valorizo muito este nosso encontro, assim como estamos falando agora, pois eu estou falando do que eu vejo e sinto.

Procuro dialogar com as mães das crianças aqui internadas, pois não quero que elas sofram as dificuldades que eu sofri. Algumas aceitam, outras dizem: “deixa como está”; outras referem que erraram...aí, tu vais conquistando aquela mãe para que ela conquiste seu filho.

Sinto-me realizada ao cuidar de crianças maltratadas, assim como das aidéticas, pois ambas sofrem e buscam no hospital um modelo saudável de vida.

Tivemos uma “princezinha” internada que não conhecia mais sua mãe quando esta chegou para visitá-la após longo período de ausência, devido a sua internação pelas complicações do HIV. A mãe estava inconformada, pois a criança sorria para a colega de enfermagem e não a reconhecia. Disse-lhe, assim: “Pega ela no colo, faz um carinho, que aos poucos ela vai te reconhecer e sorrir. É que faz tempo que ela não te vê. Dá um tempo para que ela possa te sentir um pouco mais. Mais tarde, a mãe procurou-me dizendo: “Tinhas razão, ela já deu um sorrizinho, já está sabendo que sou sua mãezinha.” Nestes momentos sensibilizo-me e choro...

Cuidei de um menino durante um mês e meio - “riquinho”, não tinha família, pois o pai, alcoólatra, matou a mãe, deixando-o com uma irmã de treze anos, já prostituída. Muito desnutrido, caiu sobre as brasas onde cozinhavam. Tomado de lesões por queimadura, foi trazido pelo Conselho Tutelar até nós. Saiu daqui outra criança, porém, sem família.

Sinto que os vínculos afetivos são vitais para o crescimento sadio de uma criança.

Assim como converso com eles, eu converso com Deus, pedindo proteção e amparo, e que me dê forças para conseguir recuperá-los. É preciso muita fé.

O que eu lamento é não saber sobre a continuidade do acompanhamento dessa criança. A ausência do retorno não nos possibilita um **feed back** ao cuidado prestado.

A equipe é muito unida. Às vezes, temos poucos funcionários e os leitos estão todos ocupados, sempre dividimos nosso trabalho. Se precisar, assumo outras crianças, também.

Hoje, sinto-me realizada por ter me profissionalizado na área da enfermagem, o que me possibilita trabalhar aqui, no hospital, com crianças maltratadas.

#### **4.4.2 Tulipa**

Cuidar de crianças maltratadas, para mim, foi uma motivação interna acompanhada de uma escala de valores. É instigante atuar com um núcleo doentio, a família desestruturada, pois, por trás do mau-trato, há uma grande singularidade. Há sentimentos de raiva, pena, impotência na convivência com o fenômeno maus-tratos, que instigaram-me a, simplesmente, não conviver com

esta problemática, mas entender este enfermo, tão complexo, engajar-me nesta realidade, com muita vontade e esperança para mudar a vida da criança.

Percebo que há um vínculo entre a vítima “patinho feio” e o agressor. Questiono-me porque sempre a mesma criança. Vejo-a como uma caixinha de segredos que, ao abri-la, vamos tirando seus compartimentos e, lá no fundo, está vazia. O nosso trabalho é recolocar vivências na vida da criança, porém, de forma ordenada, com afeto, carinho e amor. Sinto-me invadida por um duplo sentimento de compaixão, ao estar com uma criança fraturada, pois sei o tempo para consolidar. Mas “*as fraturas na sua cabecinha*”, eu não sei avaliar a extensão e nem como tratá-las.

É significativa a afinidade entre as pessoas que trabalham com essas crianças. Faz-se necessário um trabalho em equipe: médicos, assistente social, enfermeira e psicóloga, interagindo, servindo de apoio em momentos de angústia, pois o mau-trato permeia o nosso cotidiano. Vejo que é algo amplo e genérico, principalmente, se falarmos em exploração ou violência sexual. Vemos o mau-trato ser praticado em todas as classes sociais, o que modifica é que, na classe rica, o requinte é diferente. Lá no morro vemos facada, porrada, sangue. Na classe mais abastada, vemos aquela criança que vai ao pediatra, sempre com aquela dor abdominal, e o médico não encontrando nada mesmo, faz baterias de exames.

Sinto uma grande impotência quando os agressores não admitem ajuda. Num crescente, quando os abordo, respondem: “*Não tenho problema nenhum na minha família...O que a senhora pensa que é? A senhora não é minha mãe, é apenas uma enfermeira*”. Então, eu sinto raiva e procuro trabalhar, deixando de lado esta

personalização da raiva. Início um processo de desenvolvimento de vínculos, para que haja, inicialmente, uma aceitação como pessoa e, então, posteriormente, aceitem nossos conselhos profissionais. É laborioso, porém, muito gratificante. Ao atingirmos resultados positivos, temos a sensação de que somos grandes e fazemos muita coisa. E, às vezes, é um nadinha de nada; o importante é que conseguimos interferir.

Quando ocorrem reincidências, questiono-me: aonde foi que erramos? O que deixamos de fazer? Isto mexe comigo, pois este trabalho é feito em equipe e procuramos sempre reavaliarmo-nos.

Tenho sempre, como princípio, ao cuidar da criança maltratada, não agredi-la, novamente, com perguntas diretas sobre suas lesões, pois estaríamos revivendo os momentos agressivos vividos. Vejo que sempre há outra forma de abordar, através de um jogo, desenho ou brinquedos, em que estas situações podem ser trabalhadas. Este trabalho deve ser desenvolvido com muito amor, pois não nos traz divisas nem estrelas no nome. Vejo que temos que ter uma fonte de carinho permanente, e nos permitir sorrir e chorar ao mesmo tempo, pois como dizia Charles Chaplin, *“choro e riso são o maior antídoto contra o ódio do mundo”*.

Sinto que essa criança convive com pais desestruturados, que têm sua história de vida e, certamente, repetirá a história de seus progenitores se não fizermos algo para interromper esta problemática. Tudo está em nossas mãos. E o sentimento que passa é que se não fizermos nada, não seremos justos, honestos e nem profissionais.

Para abordarmos a criança, necessitamos de uma equipe bem preparada, pois, do contrário, tudo que fizermos poderá ser perdido por falta de habilidade. É como se andássemos cinco degraus para frente e, ao escutar alguém dizendo para a criança: *“Tu não fumas, não é? Então, quem acendeu o cigarro e te queimou?”*, com certeza, deste ato caíssemos 15 degraus. Por isto, eu reforço a valorização dos vínculos afetivos. Veja: *“Joãozinho, a tia sabe que tu estás machucado e que isso dói, mas a tia está aqui para te cuidar e te ajudar”*. É importante iniciar uma aproximação com a criança, identificando-se e oferecendo-lhe brinquedos, formando um vínculo saudável. Sem vínculo nada se consegue. E aí, espontaneamente, ela vem num dia qualquer e diz: *“Tia, eu quero te contar uma coisa.”* E aí vem tudo à tona.

Penso que o vínculo se estabelece, porque deixo brotar em mim a criança interior que tenho. A criança sente quando nos colocamos, de igual para igual, ou quando nos colocamos acima dela. É interessante, pois a criança não gosta quando nos colocamos nem abaixo nem acima dela. É como um laboratório, não há receita; com cada criança procuro ter uma forma própria de cuidado. “cada um tem um jeitinho especial”. Lembro de uma menina que me revelou, através de um procedimento, a sua situação de ter sido abusada sexualmente. Após instalar o soro em um paciente, ela pediu que brincássemos de colocar soro em sua boneca. E, repentinamente, começou a chorar. Dizia que a boneca sentia dor nos órgãos genitais e que devíamos colocar o remédio ali. Perguntei-lhe como sabia que deveríamos colocar o remédio naquele lugar e, então, ela respondeu: *“É que quando fazem dodói nela, fazem assim, enfiam uma coisa nela”*. Aí começamos a conversar sobre isto, ela chorou bastante, acalmando-se somente quando a

abraçei e a peguei no colo. Foi nesse momento que ela falou: *“tia, foi o marido da minha mãe que fez isto comigo”*.

Após a revelação, ela mudou totalmente o comportamento. Vinculou-se mais à equipe, resgatando a auto-estima e hábitos corretos de higiene, enquanto aguardava ir para uma casa-abrigo. Vejo que o brinquedo, é um código de acesso à criança, e que devemos utilizá-lo com maior frequência. Através de suas reações com o brinquedo, percebemos como são tratadas em casa.

Eu nunca esqueci o que tu me disseste uma vez: *“o trabalho da enfermeira é muito importante porque, talvez, seja a única possibilidade de carinho que essas crianças encontrarão, ao longo de suas vidas, durante a internação hospitalar”*. Sei que não podemos atuar sozinhos. É necessário um trabalho realizado por uma equipe multidisciplinar, como o Comitê dos Direitos da Criança que temos aqui no Hospital. Mas, também, sei que a enfermeira pode implantar modelos saudáveis de novos vínculos entre mãe e filho, utilizando o momento da internação, a exemplo dos recém-nascidos que necessitam internar logo após seu nascimento.

Temos consciência de que o hospital é também um ambiente hostil e, por vezes, agressivo, despersonalizando a criança com um número, uma roupa e um diagnóstico.

Sinto que é importante termos fé, esperança e lutar. O que eu sinto é o que Freud disse: *“Os homens são de carne e osso, mas vivem como se fossem de ferro.”* E há pessoas que dizem *“tu deves ter um coração de pedra para cuidar dessas crianças”*. É, completamente, o inverso, é por não ser de pedra que eu faço algo a essas

crianças. Existem várias pessoas engajadas neste trabalho. Reconheço que é um trabalho difícil e engloba vários aspectos: o ambiente, o agressor, a crise e a criança. Precisamos proteger a criança e ensiná-la a cuidar de si para tornar-se independente. O processo participativo facilita o nosso trabalho, integrando a família e, sempre que possível, preparando-a para a alta.

Percebo que os profissionais devem ter características e habilidades para desenvolver esse trabalho. Algumas pessoas têm isso nato e outras conseguem com treinamento, mas outras, mesmo que queiram, nem sempre ajudam, às vezes, até atrapalham.

Não existem soluções mágicas, sabemos que, por vezes, é um caminho infinito. Para mim, ser enfermeira pediatra é ter respeito, digo o que penso, gosto de brincar, sorrir, cuidar e se for necessário chorar. Sabe, a gente amadurece aos poucos. Saber ouvir seus chamados é uma grande qualidade, necessária para quem trabalha com criança maltratada. Eu acredito que podemos fazer muito por elas. Foi por gostar e amar demais as crianças que decidi trabalhar com criança maltratada e aí... me apaixonei (chora).

Para mim, a enfermagem é a personagem principal desta história, pois somos nós que acompanhamos 24 horas a criança no hospital e quem, por vezes, detecta o mau-trato.

Em minha infância, chamavam-me de "Santa Rita", porque era eu quem advogava casos impossíveis e desesperados de meus colegas de escola. Sempre fui porta-voz do meu grupo, era comum irmos à Vila levar mantimentos. Adorava o trabalho voluntário. O social me mobiliza.

Percebo que precisamos nos atualizar, permanentemente, fazer trabalhos sobre nossas experiências e publicar. Precisamos sensibilizar a comunidade, pedir apoio, tirá-la do ostracismo e da acomodação. Tenho consciência de que não vou acabar com o mau-trato na infância, mas se ajudar a uma criança já valeu o esforço. Sou feliz, porque faço aquilo que eu acredito que é verdadeiro e que vai ao encontro do que penso ser em enfermagem. Com certeza: *“a mão que apedreja tem também sentimentos para fazer carinho”*.

#### **4.4.3 Flor Silvestre**

Sinto-me gratificada em poder desenvolver minhas atividades profissionais junto às crianças que sofrem mau-trato. Geralmente, são crianças carentes, debilitadas, sedentas por carinho, atenção e afeto. Às vezes, sinto-me impotente em atender todas as suas necessidades, por ser este um ser humano em desenvolvimento, que requer apoio, atenção e mais tempo disponível para tocá-las, acariciá-las. *“É como se fosse um filho, faz parte da gente.”*

Está internada uma criança de pouca idade, que muito nos choca. Parece primitiva, alimenta-se com os dedos, apresenta estado precário de higiene, e comprometimento nas relações interativas com as demais pessoas. Seu estado físico é preocupante, está tomado por lesões ocasionadas por queimaduras. É órfão de mãe, pois esta foi morta pelo pai que, após, abandonou a família, deixando-o com uma irmã de treze anos, já prostituída.

Internam, também, crianças maiores de 12 anos, o que exige que tenhamos conhecimento e habilidade específica em todas as faixas etárias.

Faço uma auto-reflexão: muitas vezes não é negligência da mãe, a sociedade não dá condições a esses pacientes de sobreviver e ter uma vida melhor. Nós vivenciamos a pobreza quando ouvimos as mães dizerem: *“Tirei meu filho do outro hospital, porque não me davam comida...”* São estas situações que nos levam a refletir sobre nossos limites quando as vemos, passando fome, e não temos como ajudá-las. Falamos à assistente social, que faz os devidos encaminhamentos, principalmente, dos pacientes do Interior. Com frequência, nossas colegas trazem alimentos às mães. Conversamos com as mães, dando-lhes atenção. *“Estas situações eu já senti na pele e ainda sinto.”* Eu agradeço a Deus por ter minha profissão, de poder cuidar destas crianças, o que é para mim, uma oportunidade de dar carinho e atenção. É como se fosse com a gente, porque eu me coloco no lugar daquela mãe e faço uma comparação da maneira como vivem estas famílias e como vive a minha.

Ao pensar em minha infância, lembro de ter vivido situações semelhantes. Sobrevivi, praticamente, sozinha, pois fiquei órfã de mãe aos três anos de idade. Não tinha carinho nem atenção. Cada um de meus irmãos foi seguindo o seu destino. Meus avós não aceitaram a morte de minha mãe, culpando meu pai, com o qual moramos até os 9 anos, passando após a viver com minha avó. Tivemos uma educação muito rígida, com muitas cobranças e pouco carinho, presentes ou roupas. Não passei fome, mas, muitas vezes, tive que comer comida mofada, pois não comia na mesa com minha avó. Quando eu não gostava da comida que ela

me servia, eu escondia, porém, quando minha avó encontrava, por vezes, já estava mofada, mesmo assim, ela exigia que eu comesse como forma de punição pelo que fizera.

Por outro lado, penso que se tivesse ficado lá, com meu pai, teria sido muito pior. Eu não teria estudado e, quem sabe, nem sobrevivido. Para mim, isto serviu como uma lição de vida. Hoje, eu não tenho medo de ir à luta, de ir em frente...trabalhar...

Quando contei minhas experiências aos meus filhos, custou-lhes acreditar.

Percebo que a nossa comunicação com as mães é muito importante. Algumas mães chegam ao hospital e saem sem falar conosco. Em sua maioria, estão emocionalmente abaladas e agitadas, descontando nas crianças suas frustrações. Sendo assim, precisamos não só tratar as crianças, mas é necessário *“ter uma psicologia com as mães”*, é preciso tratar as mães, também.

Durante a internação, encontramos mães que ajudam a cuidar da criança, penteando seus cabelos, cuidando do soro na mãozinha. Às vezes, choram pela dor da criança ao aplicarmos injeções, porém, é comum algumas mães não se preocuparem com as crianças; deitam e dormem, *“são bem desligadas”*.

Sinto-me envolvida ao cuidar dessas crianças, parece que fazem parte de mim.

Profissionalmente, eu sempre preferi trabalhar em emergência. Pensava que não conseguiria trabalhar com bebês, mas, hoje, não me arrependo. Ser auxiliar de enfermagem e trabalhar em pediatria é gratificante. Ao trocar as fraldas e

alimentar as crianças, sinto que nos aproximamos, numa interação que propicia conhecê-las melhor. Cada criança é única, conforme a faixa etária e seu mundo interior, suas reações são diferentes de uma para outra. Algumas choram, outras gritam. E têm aquelas que são indiferentes ao que fizermos a elas, aceitando o tratamento, enquanto outras exigem de nós uma psicologia...é preciso conversar.

Precisamos agir como uma família, atendendo as crianças e as mães; sem distâncias. Ao demonstrar nossa atuação e carinho, elas se sentirão acolhidas. Quando a permanência da criança no hospital é prolongada, sem companhia da mãe, muitas mães auxiliam, cuidando de outras crianças da enfermaria, além das suas, dando mamadeira, pegando no colo e acariciando: resgatando os vínculos perdidos. As crianças adoram, é legal.

Vejo que o hospital é uma nova oportunidade de resgate à vida para essas crianças e mães. Preocupo-me com a redução do número de leitos no hospital e as modificações no Sistema Único de Saúde, pelo Governo.

Penso que ao cuidarmos das crianças maltratadas e de suas famílias, devemos respeitá-las e tratá-las com carinho, afeto e com ajuda mútua da equipe. Só, assim, criaremos um ambiente de união.

#### **4.4.4 Centáurea**

Penso ser esse trabalho muito importante, porém, fico a pensar e vejo que nem todos os colegas estão inteiramente engajados. Começo a avaliar meu cotidiano e digo: *“Será que o que eu faço é grande ou pequeno?”* Procuro, então, fazer

sempre o máximo que eu posso, pois sei que o mínimo que eu fizer sempre vai amenizar o sofrimento da criança. Ao iniciar o plantão, procuro relacionar as crianças e vê-las antes que adormeçam, pois posso perceber se estão alegres, tristes e o que estão a pensar..

Hoje, falei com uma menina que tem uma história de abuso sexual. Apenas falar com ela, parece ser pouco, mas estou falando, e concluo que isto é muito...Vejo como elas chegam arredias, não nos olham e nem querem falar conosco, não gostam que nos aproximemos, irritam-se e fingem que estão dormindo querendo alienar-se deste mundo. Após uma semana, algumas já não parecem mais as mesmas. Inicia-se um estabelecer de vínculos, elas começam a confiar na equipe devido ao carinho que recebem. O apego à enfermagem ocorre por acreditarmos que através do afeto e da atenção é que resgatamos seus vínculos, principalmente, quando estão sem seus familiares. Observo que quando os familiares estão presentes, sentimos receio, medo em nos aproximarmos, devido ao sentimento de raiva que depositamos nos agressores da criança.

Acredito que o carinho é um componente fundamental à recuperação dessas crianças. Eu me emociono, mexe muito comigo. Antes de entrar para este trabalho, desconhecia totalmente essa realidade. Talvez, por eu ter meu filho, parece-me ainda mais horrível e penoso.

Percebo o abuso sexual como algo sujo, que nunca poderia existir, mas existe. O que dói, é que esta criança nunca será uma criança normal ou um adulto sadio. Ficam marcas profundas em seu psiquismo. Hoje, sabemos que quem maltrata, foi maltratado, e que sua história se repete. É por isto que necessitamos

romper com esta problemática. Este carinho que passamos a elas pode ser pouco, mas penso ser determinante para a família que começa a conhecer novos padrões de cuidado à criança, cuidado realizado com afeto e atenção. Não me iludo com mudanças quanto ao abusador, mas nossas ações valem mais que muitas palavras. Normalmente, estas crianças passam a noite sozinhas, pois não vejo as mães, porém, sempre que estão presentes, procuro ser modelo de ação de cuidado eficaz.

Vejo como é difícil as crianças irem embora na hora da alta hospitalar. Elas se apegam a nós e nós a elas. Já tivemos situações de crianças terem que ser arrastadas para irem com seus pais. São episódios muito tristes. Provavelmente, pensam *“lá é tão ruim, por que devo voltar para a mesma situação?”*.

Acredito que estar no hospital é como se libertar de uma situação ruim. Sair de um lugar sufocante e ir para o céu. Mesmo assim, elas choram pelas mães que as maltratam; eu não consigo entender muito bem o porquê disto. Gostaria de estar mais junto delas, pois são tão abandonadas! Compartilho com minhas colegas esta ajuda às crianças, mas quanto à família ainda existem resistências. É natural termos raiva, porém, precisamos entender os agressores para ajudá-los.

Em minha infância, nunca pensei que isso pudesse acontecer. Vivíamos com tudo o que tínhamos de direito, éramos fraternos e, hoje, vemos que outros não têm nada...(chora).

Aprendi a dividir mais o que tenho, bem como atenção e carinho, pois o amor que tenho é inesgotável: quanto mais eu der, mais eu terei. A equipe de enfermagem verbaliza a falta de tempo para ficar com as crianças, mas não é a

quantidade do tempo que importa e, sim, a qualidade. Sinto ser importante valorizar a visita de familiares à criança através de nossas ações, para recuperar os laços afetivos fragilizados. Vejo, hoje, a equipe se desenvolvendo para um melhor atendimento a estas crianças. Para mim, cuidar destas crianças é, acima de tudo, poder exercer meu papel de mãe, enquanto estou longe de minha filha (chora). Estas crianças daqui precisam de mim. Sinto, profundamente, vê-las sofrer. Emociono-me, por que uns têm tanto e outros tão pouco, ou pior, é tudo tão ruim, é assustador, é terrível, penso que é melhor estarem aqui do que permanecerem naquela miséria. Não é só miséria física, contudo, muito mais do que possamos imaginar, é a miséria humana, espiritual, emocional. (chora)

Um único fato que me chateou em minha infância foi quando eu tive que tirar umas fotos com “carinhas” de sorriso e choro e, como eu não chorava, o fotógrafo me deu um susto.

Sei que coisas ruins marcam. Preocupo-me com o futuro dessas crianças. Como serão suas lembranças? Engajo-me de corpo e alma para deixar-lhes marcas positivas.

Para mim, a hospitalização significa ir para o céu. É sair do inferno e ir para o paraíso. Questiono-me: como foi a infância desses pais? Mesmo assim, é revoltante as ações realizadas contra seus próprios filhos, seres de suas próprias entranhas. É muito difícil entender os pais agressores, mas percebo que, neste momento, devemos fazer algo, sermos modelos, pois parece que nunca foram estimulados ou tocados com amor, carinho e afeto.

Sempre falamos com eles e os estimulamos a pegarem seus filhos no colo. Só que estes momentos são raros, pois eles faltam às visitas, não se comprometem com seus filhos. E desta forma, vamo-nos apegando às crianças e elas à nós. Estar com elas e cuidá-las significa retomar a essência da vida, oportunizar que recebam um pouco de carinho, enquanto se alimentam e brincam, com afeto, em lugar de surras, bofetadas e pedradas.

Vejo que já conseguimos investir muito desde que eu cheguei aqui. Hoje, o cuidado às crianças já é mais humanizado. Esta conquista devemos muito ao teu modelo de ser enfermeira e porque tu sabes dizer as nossas falhas sem nos magoar e, mostrando o melhor caminho, deixando-nos sempre o poder de escolha. Mas vejo que a enfermagem ainda necessita crescer e nós confiamos no teu trabalho.

Hoje, sinto-me até mais valorizada pelos médicos do Hospital. Sei que é o reconhecimento conquistado através do trabalho da enfermeira. Quero sempre poder trabalhar aqui, gosto do que faço e procuro sempre fazer o melhor, mesmo que para isto, às vezes, tenha que sentir o sofrimento desses pequenos, pois é colocando-me no lugar deles que percebo o quanto são infelizes. Quero que todas as internações de crianças maltratadas se transformem numa possibilidade de “ser-mais”, ser completamente um ser feliz, ou que, pelo menos, experimente doses homeopáticas de amor, paz, alegria e segurança durante a internação.

Para mim, o significado da leitura do mau-trato, hoje, é uma ponte para a sua prevenção no futuro. Não podemos ser analfabetos em relação a este contexto. Ele está aí e, nós, integrantes da equipe de saúde, devemos decifrá-lo,

cuidadosamente, e reencaminhá-lo sempre que for possível à família, desde que acompanhado, como temos feito, junto ao CDC, deste Hospital.

#### **4.4.5 Violeta**

Para mim, existem três momentos significativos. Inicialmente, ao cuidar de uma criança maltratada, eu me revoltava, sentia-me agredida e condenava os pais, querendo retirar-lhes a criança, mas durante o “Ateliê de Vivências”, adquiri novos conhecimentos que modificaram esta visão. Participo, também, das reuniões da psiquiatria, fundamentando o cuidado à família e à criança maltratada. Consegui modificar a forma de ver a criança e a família, pois sempre pensei que só a criança era vítima. Hoje percebo que todos são vítimas. Desta forma, diminuí o estresse e consigo trabalhar melhor, pois sempre gostei de cuidá-las, mas o sentimento de raiva que eu tinha interiormente, bloqueava minhas ações, deixando-me mais tensa. Hoje, olho para um pai ou uma mãe maltratante sem ter raiva. Tento compreendê-los e ajudá-los, conseguindo, desta forma, dar maior atenção e um cuidado melhor.

Realizamos um trabalho integral. Ao cuidar da criança, também, atendemos a família. Constatamos, porém, que é difícil a interação da família com a enfermagem. Recentemente, tivemos uma criança que internou com diarreia e desidratação e que chamou a atenção do médico, pois tinha uma fratura no fêmur, já tratada. A criança tinha 2 anos e não falava, o que levou o médico a pedir a internação para investigar. No RX detectou-se que já era a terceira fratura. Durante a internação,

conhecemos a família agressora (mãe e padrasto) e a segunda família (pai e madrasta). O padrasto, agressor do menino, contou-nos que a casa de sua primeira família queimou e que teria perdido uma filha no sinistro. Demonstrava desequilíbrio ao comunicar-se com a equipe. Consegui formar um vínculo com o pai e a madrasta que responderam, satisfatoriamente, na relação com o menino. Esta criança está sendo retirada do casal agressor por determinação do Conselho Tutelar e estão com acompanhamento psiquiátrico. A criança ficará com o pai e a madrasta, os quais demonstraram bons vínculos com a criança durante a internação.

Fiquei com sentimentos de pesar em relação à mãe que perdeu a guarda de seu filho, porém, penso que devemos preservar o bem estar da criança e deixá-la aonde suas necessidades sejam melhor atendidas.

Temos comentado, entre a equipe, o aumento do número de crianças maltratadas ou nós não estávamos preparados para detectá-los antes. Em contrapartida, vejo que conseguimos encontrar soluções. Ainda que não seja solução ideal, é uma alternativa, a exemplo da Casa de Passagem da FEBEM. Outro dia, fui conhecê-la. Suas instalações são de boa qualidade, quantidade suficiente de alimentação e uma satisfatória equipe, observando as crianças.

Busquei esclarecer pré-conceitos que eu tinha em relação às casas de apoio. As crianças, normalmente, ficam lá por uns seis meses, período em que a família pode resolver seus problemas. Outra alternativa são os parentes próximos e, em última alternativa, a adoção.

O meu trabalho tem trazido reflexões em minha vida pessoal. Tenho dois filhos, um já em idade escolar. Percebo que mudei minha forma de falar com eles. Sempre fui mais irritada, mas agora procuro conversar e explicar com calma. Eles até já notaram e me perguntam o porquê da mudança. É lógico, se eu começar a gritar, logo estarei batendo e isto não é solução. Concluímos que esta mudança fez bem para nosso relacionamento familiar. O filho mais velho não apresentou problemas em seu desenvolvimento educacional, porém, o outro tem tudo dele e mais o que pegou do irmão, tira a gente do sério. Agora já consigo controlar meus impulsos, em outros momentos, isto não acontecia. Valorizo a experiência vivida ao cuidar das crianças maltratadas. A vivência no Ateliê contribuiu para o meu desenvolvimento profissional e como ser humano.

Nossa equipe é formada por nove auxiliares em cada turno e nem todos estão preparados para cuidar dessas crianças. Algumas expressam sua raiva, inadequadamente, fazendo comentários a outros pais. Faço uma triagem entre os auxiliares de enfermagem e considero somente os que têm melhores condições. Temos uma auxiliar que sente prazer em cuidar e atender estas crianças e suas famílias. Demonstra um comportamento ético, sem comentários, e executa seu trabalho com afeto, carinho e amor, reforçando estes vínculos com a família.

Constato que não podemos deixar auxiliares de enfermagem homens, nesta enfermaria, devido á internação freqüente de meninas com suspeita de abuso sexual, pois elas se sentem muito constrangidas. Eles são ótimos profissionais, porém, temos algumas crianças que os rejeitam, pois fazem uma referência contrária, e isto é desconfortável para a criança.

Quando as crianças se internam, demonstram receio, algumas não brincam, outras chegam brincando. O brinquedo ajuda-as a enfrentar suas dificuldades. Começo a conquistá-las, conversando. Quando sinto barreiras, ofereço um brinquedo. Muitas vezes, até soro nas bonecas nós colocamos, para amenizar a internação. Cada criança é ímpar. Existem aquelas que são mais ativas, que tomam conta da unidade e, outras mais retraídas, que preferem ficar sós na enfermaria.

A média de permanência dessas crianças é elevada. Enquanto algumas questionam quando será sua alta hospitalar, outras nem pensam em sair do hospital. Já tivemos que enfrentar algumas dificuldades na hora da alta, tanto em relação ao paciente, que não quer ir embora, quanto à equipe que não quer que ele se vá. Na hora de ir, há choros e abraços.

Depois de vivenciarmos duas experiências difíceis quanto à alta hospitalar, planejamos melhor orientação às crianças desde o momento da internação, dizendo-lhes que o hospital é um lugar provisório para cuidá-las e tratá-las e que, em seguida, elas sairão. Percebo que isto, também, ajudou a equipe a preparar-se para as despedidas. Outra atitude que adotamos é o acompanhamento da estagiária de Psicologia até a casa de passagem. Sempre as despedidas são tristes, pois formamos vínculos, mesmo sabendo que sua permanência é temporária. Procuo entender que, para a criança, é necessário chegar e sair, mas para alguns funcionários é mais difícil. Às vezes, até visitamos as crianças após a alta, sabemos que não deve ser uma atitude reforçada.

Nosso objetivo é envolver a criança em amor, carinho, e segurança, para que ela sinta que está num ambiente em que não será maltratada e que tentaremos solucionar seus problemas. Percebo que fazemos mais maternagem (cuidados maternos) que procedimentos técnicos de enfermagem. Passeamos, pegamos no colo, estão sempre com alguém da unidade, há muito toque de afeto. Vemos crianças que não sabem sorrir e ensiná-las é difícil, muitas não têm expressão alguma. Às vezes, conquistar sorriso é difícil. Tínhamos uma criança que não sorria de jeito nenhum, ela não tinha expressão. Uma vez, ela estava pintando, já tinha evoluído bastante, e quebrou um giz de cera; ela entrou em pânico. Tinha dois anos e meio, não era razão para isto. Para conquistá-la, acabei quebrando mais giz de cera para ela entender que aquilo não era uma coisa tão horrível. Assim, aos poucos, conforme a gente foi caminhando, um dia, ela resolveu dar um sorriso.

Penso que nunca viveram sentimentos de prazer para expressar um sorriso, pois sorriso é satisfação, portanto, *procuramos satisfazê-los, e um dia eles começam a rir para uma colega e em seguida estão sorrindo para o mundo.*

Gosto do que estou fazendo. Fico triste quando tenho que trabalhar em outro setor, pois não posso acompanhá-las. Sei que este trabalho me completa, me satisfaz. Nunca tinha pensado em fazer alguma especialização, mas agora penso em especializar-me em Enfermagem Pediátrica.

#### 4.4.6 Orquídea

Percebo-me, ainda principiante, nesse serviço de cuidar da criança maltratada, porém sempre será um desafio. Estou gostando muito de participar do Comitê dos Direitos da Criança (CDC), pois é a primeira vez que vivencio este tipo de trabalho. Antes, só tinha conhecimento através da televisão sobre maus tratos, negligência e abusos. Agora é diferente, sinto-me envolvida, dedicando-me, profundamente, em ajudar estas crianças.

Cuidar de crianças hospitalizadas por maus-tratos é algo muito especial, pois nos sentimos responsáveis pela manutenção de seus cuidados. É como se fosse uma tutora. O senso de observação é aguçado, no tocante à proteção da criança durante o tratamento quando elas estão na companhia de seus familiares. Observamos se, realmente, a família dispensa a devida atenção à criança, com carinho e dedicação, se olham com preocupação para a criança, procurando reestabelecer os vínculos. Minha intenção é de não deixar a mãe bater na criança. Estou sempre alerta, portanto, sempre que os familiares visitam a criança hospitalizada por maus-tratos, são acompanhados pela equipe de saúde. Nestes momentos, procuro proteger as crianças, ainda mais, pois são justamente os familiares os responsáveis por a criança estar aqui. Procuramos trocar informações entre nós, colegas, pois é difícil entender esta questão. As mães são muito sedutoras, procurando nos envolver, e às vezes, nos deixam confusas... Então, vejo ser este um grande desafio para a equipe multidisciplinar, procurar entender o porquê destas agressões terem sido dirigidas por seus familiares. Nosso trabalho é de investigar, reunindo a equipe de enfermagem, trocando

informações, mantendo uma atitude de permanente ajuda e proteção. Estamos em permanente alerta. Orientamos os auxiliares de enfermagem para que observem as atitudes das mães ao lado da criança e suas reações quanto à alimentação, sono e repouso. Falo mais das mães, pois são estas que comumente acompanham a criança durante a internação.

Com certa freqüência, o acompanhante da criança necessita comunicar-se conosco. Nestes momentos, mostramo-nos abertos para ajudá-los e entendê-los, pois não é raro as crianças apresentarem comportamentos ambivalentes: perante os pais, eles expressam querer ir para casa, porém, quando eles se afastam, as crianças já não querem ir embora. Começam a somatizar, apresentando náuseas, vômitos e fazendo hipertermia. Entendemos que é uma forma de defesa da criança, pois sente-se melhor e mais segura no hospital. Ela deve pensar: “...*se eu melhorar, vou para casa, se eu for para casa, vai acontecer tudo de novo.*” Então, ela prefere sentir-se protegida aonde está.

É comum, na ausência dos pais, as crianças nos procurarem para expressar seus sentimentos. Tivemos uma criança muito deprimida que foi necessário pedir à mãe que se afastasse, fosse descansar um pouco, tomar um banho; a criança já não se alimentava há dois dias. Qual não foi a nossa surpresa? Aceitou a alimentação em todos os horários de refeições, caminhou mesmo que puxando de uma perna, brincou e conversou. Então ela acordou. E acordou para a vida. (chora). Sentimo-nos bem com o que fizemos, porém, nossa alegria e a da criança pouco durou. Ao ver a mãe, novamente, a criança começou a afundar, a “ficar

pequeninha”, encolhendo-se amedrontada. Esta atitude nos esclareceu ser a mãe a responsável pela internação desta criança naquele estado de mau-trato.

Muitas vezes, questionamo-nos, até que ponto podemos afastar as mães, para observar a reação da criança.

Procuramos expressar nossos sentimentos às crianças, pois são carentes e nos cobram quando não as cumprimentamos. Outro dia, ao entrar na unidade, não fui até a enfermaria, pois estava recebendo plantão. Logo, vieram me cobrar: *“tia, eu te chamei da janela e tu não me respondeu”*, ficou sentido porque eu não ouvira. Fui, imediatamente lá, conversei, brinquei e dei-lhe carinho e afeto.

Procuro dedicar-lhes todo tempo e atenção possível. E o retorno que sinto é muito bom, pois estabeleço vínculos de confiança que os fazem relatar suas vidas e tudo o que acontece na enfermaria, bem como o que acontece com cada um deles. Isto ocorre devido a nossa presença autêntica ao seu lado *“para eles isso é um dasabafo”*.

As crianças valorizam muito o carinho. Nós percebemos que existem *“mães e mães”*. Há mães que olham para o lado oposto em que o filho está. Há mães que sentam e demonstram acarinhar, verdadeiramente. Porém, outras forçam o carinho perante a equipe de enfermagem ou o médico. Sentimos que, quando estamos perto, elas pegam as crianças, abraçam, beijam e nos controlam para ver se estamos olhando. Concluimos ser falso e forçado, pois a criança não retribui quando o carinho não é verdadeiro. Ao iniciar este trabalho eu tinha um sentimento de raiva em relação ao agressor e questionava-me por que teria feito

“aquilo” com a criança. Após participar do CDC, comecei a vivenciar momentos de crescimento com a equipe multidisciplinar que me orientou quanto a esses sentimentos, devendo procurar entender o agressor e ajudar a criança.

Sempre me revolta, pois, na maioria das vezes, a causa dos maus-tratos é pela perda, separação ou troca de companheiro. As mães descontam suas frustrações nas frágeis e indefesas crianças.

Temos um trabalho integrado com o Conselho Tutelar que entrevista as famílias dessas crianças, procurando apoiá-las e, também, são participantes ativas do Comitê dos Direitos da Criança, do HCSA. Neste momento, nós temos crianças internadas por abuso sexual, várias por negligência de cuidados. Lembro que, quando era criança, eu queria ser médica. Sempre, em minhas brincadeiras infantis, eu era a médica do neném. Tenho familiares na área da saúde, pediatras, porém, enfermeira, não. A minha vontade de ser enfermeira foi para estar ao lado do paciente. Procuro, sempre que posso, pegá-las no colo; às vezes, é difícil por falta de tempo, mas ao executar um procedimento, este é realizado com afeto, zelo e carinho, dando-lhes um beijo e um abraço.

Questiono-me: *“Por que tenho que passar por isto tanto trabalho? - Mas eu gosto de criança.”* A pediatria nos dá um retorno maior que o cuidado com adultos.

Vivi com minha família no interior do Estado e sempre nos mantivemos unidos embora ocorressem alguns percalços em nossas vidas. Perdi meu pai com câncer quando estava resgatando vínculos familiares, desfeitos por uma separação causada pelo seu envolvimento com uma adolescente. Meu pai retornou para casa e recebeu os cuidados de minha mãe, antes de falecer. Deste

relacionamento que ele teve, nasceu uma menina que, hoje, tem 4 anos. Como a mãe dela é muito jovem, minha mãe praticamente a adotou; acolheu esta situação com muita dignidade, sendo, também, muito reconhecida pelo seu ato, em nossa localidade.

Ao receber “um pacientinho” maltratado, desenvolvemos um trabalho em equipe no CDC, atendendo todas as necessidades da criança. Para prevenir as reinternações, trabalhamos com as mães, estreitando os vínculos sem julgar suas atitudes. Reforço a importância dos vínculos e de não falarmos com ela sobre o que sabemos, mas, sim, sermos modelos para que ela possa introjetar novos padrões ao ver-nos cuidando da criança.

Para mim, este momento de entrevista foi um desabafo.

#### **4.4.7 Prímula**

A internação de uma criança por maus tratos é sempre um pedido de socorro. É necessário avaliarmos o motivo do mau-trato procurando ajudar a criança e o familiar.

Ao compartilhar nossas experiências no “ateliê de vivências”, constatamos que, além da criança, a família, também, encontra-se doente. A criança é apenas o “iceberg” desta problemática, que encerra conflitos interparentais: pai e mãe; mãe e sogra; mãe e tia, e quem sofre é a criança. As questões multifatoriais, como desentendimentos ou perda de emprego, fome, marido machista, mulher liberal, sempre acabam colidindo na criança indefesa. Para mim, ao internar uma criança

maltratada, procuro recuperar os aspectos emocionais, dando carinho, afeto, segurança e demonstrar que gosto dela. Assim, ela volta a brincar e a sorrir. Ensino-lhe a sorrir de novo, a ter e a sentir amor e a chorar quando for preciso. Este mesmo aporte de reeducação emocional devemos transmitir à mãe, dizendo-lhe: “...mãe, fala com ele, explica para ele não fazer isto ou aquilo, ele vai te atender.” Não podemos chegar, questionando-a “*Por que bateste nele?*” Ela ficará revoltada e não a teremos do nosso lado. É necessário muito diálogo. Ir conversando, informalmente, e ela vai adquirindo confiança na equipe. Nestes momentos, refletimos com ela: “*Mãe, vale a pena bater no teu filho? Ele é um pedacinho do teu ser, é o teu ‘mundinho’, é teu, e tu nunca terás outro igual*”. Estes argumentos são ditos com muito jeito, calma e amor. A mãe não pode sentir-se agredida, senão ela volta a agredir a criança. Eu não acredito que as mães tenham consciência do que fazem quando batem, queimam ou fazem “judiação” à criança.

Em meio à miséria em que vivem, é comum que até um choro “sem querer da criança” faça-as explodir em agressão.

*Educar uma criança é algo complexo.* Exige atenção, carinho e amor em dose, hora e momento certo, exigindo de nós muitas explicações. Percebemos, ao conversar com os pais, que existem situações de risco propiciadoras de maus-tratos. Muitos pais adolescentes “foram brincar e colocaram um filho no mundo”. Estas crianças, tornam-se, muitas vezes, um boneco em suas mãos. Ainda não amadureceram, mas terão que, pelas circunstâncias de já serem pais, tornarem-se, subitamente, adultos, o que “é muito para um adolescente.” A consequência, embora involuntária é o mau-trato desta criança.

Temos uma criança que, além de desnutrida, está com lesões nas nádegas por falta de cuidado. Iniciei uma orientação à mãe adolescente sobre a importância de cuidar da criança e, também, conversar com ela, mesmo que não entenda as suas palavras. Expliquei-lhe que é necessário que a criança sinta a sua presença, pela aproximação sentirá o seu carinho.

Procuro estimular e ensinar às mães a pegarem o bebê no colo, mesmo quando estão recebendo soro. Percebo que existem internações por negligência de cuidados, mas são causadas por falta de instrução e conhecimento. Muitas mães do Interior vivem alienadas “num mundo fechado”. Quando ocorre algo diferente com seus filhos, elas se apavoram. O baixo nível de instrução materna corrobora para o livre curso do mau-trato.

*Temos uma criança que, ao dialogarmos com ela, fecha os olhos.* Achando esta atitude estranha, a enfermeira conversou com a mãe que nos afirmou ter a mesma atitude em casa. Então, iniciamos um trabalho de aproximação da mãe com a criança, que começou a brincar e interagir conosco. É necessário um certo contato muito lento e delicado com as mães, elas necessitam ser cuidadas para transmitirem os cuidados com segurança à criança. Reconheço que as pessoas que convivem com estas crianças são um canal de ajuda à família.

O Ateliê de Vivências tirou a venda de nossos olhos. O meu contato inicial como cuidadora da criança maltratada foi no HCSA. Passei a perceber que gostava muito delas, o que para mim foi uma descoberta.

O Ateliê descortinou um novo conhecimento. Fui aprendendo a conhecer as mães. Quando elas gritam demais, algo não está bem ou quando deixam a criança

fazer tudo que deseja, também, não está correto. Assim sendo, modificamos nossos conceitos de maus-tratos que, inicialmente, eram de crianças, totalmente, machucadas, suspeitas de abuso, alcoolismo ou intoxicação, para uma visão mais ampla, indo além do físico ao emocional.

Sentimo-nos responsáveis em observar o comportamento dos pais na internação, pois quando não são muito liberais, eles não resistem muito, acabam agredindo a criança. Portanto, é necessário estarmos alerta para evitar reinternações pelo mesmo motivo - maus tratos.

Procuramos ensinar às mães a pôr limites aos filhos, demonstrando-lhes os limites durante a internação das crianças através de observações das rotinas disciplinares da permanência conjunta. Muitas vezes, chamam-nos “de bruxas”, por mantermos uma posição firme, mas não me importo, sei que é o melhor para a criança. Para mim, o diálogo tem extremo significado, pois talvez ninguém lhes tenha dito que bater em um filho seja errado. Ou então, dizer-lhes: *“deixa teu filho na grama para brincar, ou até quem sabe no barro, pois as crianças necessitam extravasar suas energias”*. Elas transferem para os brinquedos suas ansiedades, angústias, frustrações e alegrias. Assim como transferem a figura do pai ou da mãe para os funcionários que cuidam delas. A hospitalização é um renascer para a criança e sua família; é um redescobrir o mundo, a vida, o amor e o afeto.

Mostramos-lhes o filho que elas têm e não conseguiam ver, através de reuniões e contatos com o Conselho Tutelar, auxiliares de enfermagem, membros da equipe e outras mães da enfermaria.

Constatamos que o contato com outras mães da enfermagem faz com que as mães percebam que não são só elas que têm esses problemas. Há momentos de intensa reflexão, em que, por vezes, sentem-se culpadas e se acham verdadeiros monstros. Porém, vendo como outras mães melhoraram, elas se encorajam em busca de um novo comportamento. Detectamos que muitas agredem para fugir de seus problemas, mas, desta forma, enfrentam dificuldades maiores. Vêem o que outras fizeram e começam um processo de conscientização do erro. Neste momento, é importante mostrar que bater não resolve. É nosso dever alertá-las, pois “na rua” não encontrarão ninguém que lhes diga isto.

Reforço que é no hospital que vão descobrir o real sentido de ter um filho, e que essa criança é uma parte dela. Desenvolver a auto-estima, neste momento, faz-se necessário. Nunca alguém lhe disse que ela era importante, nem sua mãe a valorizou quando ela engravidou, ao contrário, colocou-a na rua. E a história se repete. Se minha mãe fez isto comigo, farei o mesmo no futuro com minha filha. Assim, vimos que o mau-trato se perpetua, de geração em geração.

Outro dia, uma criança saiu de alta com a avó, porque sua mãe estava com um princípio de aborto. Ao examinar a carteira de identidade da avó, estava só o nome da mãe, sem o nome do pai. Também na carteira de identidade da mãe do nenê, constava somente o nome da mãe. Ao perceber, a avó antecipou-se, dizendo que a criança só tinha mãe, não tinha pai, e que este só servira para a concepção.

Questiono-me sobre o papel masculino nessa família. Constatamos que os homens somente serviram para a procriação, nenhuma delas tinha o nome do pai. Questiono-me como fica a concepção do papel masculino nessa família.

Hoje, reconheço o valor dos encontros no Ateliê de Vivências sobre o cuidado à criança com maus-tratos, pois podemos ser educadores, também, dos pais durante a internação, mostrando-lhes como comportar-se na unidade em que seu filho está hospitalizado. Devemos sempre abordar os pais como uma questão complexa e trocar informações com a equipe, pois é um trabalho que exige ações interdisciplinares. Este grito de socorro da criança não é só para ela, é, também, para sua família. Seu grito é um pedido de unidade de vida, ela quer viver. Hoje, ela não está vivendo e isto me emociona muito (chora). Isto mexe comigo.

Gosto das crianças, e é muito gratificante vê-las sorrir. Para mim, seu sorriso é um alívio para a alma.

#### **4.4.8 Flox**

Ao defrontar-me com o cuidado à criança maltratada, ficava chocado e não conseguia crer que isto, realmente, pudesse acontecer. Porém, é real e esta situação mobiliza nossos sentimentos, não só em mim, mas também em meus colegas. Isto nos entristece.

As crianças, ao chegarem aqui, apresentam-se amedrontadas, perdidas, pois não nos conhecem. Mas, após alguns dias de convivência carinhosa da equipe, ela demonstra maior interação conosco. São carentes e necessitam de

nossas presenças para protegê-las. Desta forma, apegam-se à enfermagem como se fossem seus pais e suas mães. Com frequência, sinto-me como pai. Procuo não me apegar tanto, porém, o lado humano ultrapassa o profissional. Assim, a criança vai adquirindo uma confiança crescente em nós, demonstrando “sentir” quando nos dedicamos com atenção e carinho, entregando-se aos nossos cuidados.

No momento da alta hospitalar, é muito gostoso, pois vemos que saem mais felizes. E é compensador quando, na despedida, ganhamos seu beijo.

Procuo lembrar de minha infância. Sempre convivi com meus pais, saindo de casa somente quando casei. Tenho uma família com bons relacionamentos, e isto se reflete, positivamente, hoje, neste trabalho que faço. O diálogo permeia nossas relações. Não adianta bater, *“até uma palmadinha no bumbum é saudável como medida disciplinar”*, mas, no mais, a medida a ser adotada é a conversa. Entendo que as atitudes agressivas são injustas, pois sempre sobra para o mais fraco (a criança). Geralmente, os pais estão vivendo situações-problema e não conseguem entender que a criança não tem nada a ver com isto. Percebo que repetem suas vivências infantis e que não foram preparados para terem uma família. Sinto-me ambivalente, pois no hospital teriam novos modelos a serem compartilhados. Porém, as mães nem sempre estão presentes no dia-a-dia, pois têm outros filhos para cuidar em casa.

Muitas vezes, é necessário desvincular a criança da família de origem, pois são tão repetidas as internações por maus-tratos. Temos um menino aqui, que internou com várias fraturas, em tempos diferentes de consolidação, ocasionadas

por agressões do padrasto. Esta situação foi resolvida, encaminhando a criança ao pai legítimo, pois a mãe preferiu ficar com o padrasto.

É comum presenciarmos comportamentos diferentes dos pais na internação. Em nossa frente são carinhosos, e quando nos afastamos são agressivos. Eles necessitam uma vigilância permanente da equipe, para isto, somos orientados pela enfermeira da unidade.

Como homem, vejo que, às vezes, as meninas, inicialmente, ficam com um pouco de resistência, o que acho normal. Quando são prescritos procedimentos no períneo, solicito que minhas colegas o façam, para deixá-las mais seguras e não reviverem traumas inconscientes. Os meninos gostam muito de mim. Mas, ao melhor, todos me vêem como um tio, um amigo. Todos colaboram e até ajudam na organização da enfermaria.

Para mim, todo paciente é um paciente, não importa a patologia. Porém, essas crianças hospitalizadas por maus-tratos, são especiais. Inspiram cuidado e atenção maiores.

#### **4.4.9 Margarida**

Sinto-me sendo um vínculo de ajuda à criança maltratada, e isto é muito bom. Quando as crianças são pequenas, procuro agradá-las, pegando-as ao colo. Com maiores, sempre que dá um tempo, brinco de bonecas. Percebo que as agrado, pois quando retornam querem sempre me ver. Todas as crianças que lá

se internam, procuro saber, através do prontuário, o motivo da internação. E, de posse deste conhecimento, sempre dou tudo de mim.

Temos nesse momento, duas crianças internadas por intoxicação. Uma delas, por alcoolismo e, a outra, por intoxicação medicamentosa associada com diarreia e atraso no seu desenvolvimento. Ao analisar cada uma das situações, ficou comprovado que a mãe estava medicando, exageradamente, seu filho. Isto me deixa muito sensibilizada. Tivemos o apoio do Conselho Tutelar para acompanhamento.

Ao cuidar dessas crianças, lembro que quando eu era pequeninha, minha mãe chegou a me bater. Coloco-me no lugar dessas crianças e consigo compreendê-las. Sentia-me tão sozinha como se fosse a única e última pessoa no mundo. Tinha grande apego a meu pai, com quem me abria quando chegava, porém, ele era muito ausente em nossa casa. Minha mãe, professora, dava aulas e passava boa parte do dia fora de casa. Ao retornar, só encontrava eu ali, e sempre brigava comigo e me batia. Isto me deprimia muito e, quando meu pai chegava, logo falava para ele. Então, ele me explicava que ela era assim mesmo, muito nervosa, pois tinha problemas de insônia. Com o passar do tempo eu a compreendi...e hoje somos amigas.

Tenho uma criança pequena, é uma relação maravilhosa. Sinto que ela gosta muito de mim e eu dela, eu gosto de ser mãe. Mas nem sempre foi assim. Com o nascimento da minha filha, entrei em depressão. Hoje, estamos melhor, mas continuo em acompanhamento terapêutico.

Compreendo a internação de uma criança por maus-tratos, como sendo um “avanço”. Agradeço a Deus por esta criança poder estar aqui, dentro deste hospital. Procuo fazer tudo que posso em relação aos seus cuidados, para que resolva a situação que a trouxe aqui. Sinto-me realizada em poder dar amor, carinho, afeto, estar com elas...acompanhá-las. Percebo que as crianças não gostam de estar junto daquelas famílias.

Buscamos conscientizar as pessoas que maltratam, mostrando-lhes novas formas de cuidar, e que a agressão não é educativa. Conversando...e orientando.

Por vezes, sinto revolta quando vejo os agressores e penso “*como tiveram coragem de bater?*”. Ao mesmo tempo, procuro compreendê-los, pois, provavelmente, sofreram muito em sua infância e, não tendo outro modelo, acabam repetindo a sua história.

Percebo ser o hospital um marco referencial para um recomeço em suas vidas. “*É como se nascessem de novo, começar a aprender agora*”. É a partir da internação que conhecem novos modelos, oportunizando-lhes uma mudança. Creio que vão melhorar.

O trabalho aqui é em equipe, e isto reforça-nos como profissionais. Nós, como enfermagem ajudamos, integrando a mãe à criança, fazendo com que se aproxime mais da criança, estimulando-a a conversar com seu filho, mesmo que ele não compreenda. Mas é assim que ele vai percebê-la diferente. Com freqüência, vemos, então, as mães se modificarem após a internação do filho.

Logo ao internar, não se comunicam conosco, são fechadas. Porém, ao nos conhecerem melhor, vão conversando e criando um vínculo que facilita o nosso trabalho, demonstrando confiança na equipe. Valorizo muito o diálogo.

#### **4.4.10 Madressilva**

Mesmo antes de ser mãe, essa problemática “maus-tratos” sempre mexeu muito comigo - é o lado materno inato. Socialmente, somos preparados para o rechaço a pessoas que maltratam. Em minha vivência profissional, inicialmente, vivenciei a fase da negação: fazia de conta que não existia a situação de mau-trato. De repente, começou a me tocar demais, não poderia continuar me omitindo. Percebi que, desta forma, estaria, também, maltratando essa criança e não oportunizando um aprendizado à família. Ouvia, com frequência, a equipe acusar as mães e ficava a me questionar. Foi quando comecei a trabalhar em uma unidade e tive o privilégio de encontrar uma colega que era superengajada neste trabalho do Comitê dos Direitos da Criança. Com seu apoio e informações, comecei a me sentir mais preparada para cuidar da criança maltratada e sua família. Ainda não consegui vencer o preconceito da violência sexual. É algo que me toca, profundamente, e este sentimento me leva a julgar aquela pessoa. Penso que o abuso sexual é algo que vai atrapalhar psicologicamente a vida da criança, e isto muito me agride. Após a primeira fase de negação, vivenciei o medo. Era estranho, mas tive muito medo de ouvir a verdade sobre a revelação do mau-trato. Ficava, extremamente, chocada.

Sentia-me sem condições de fazer alguma coisa. Eu queria fugir dali, era angustiante. Penso que a formação cultural que recebemos de berço interfere na vida adulta. Agradeço a Deus por isto. À medida que tomamos conhecimento destas barbáries, como a violência, a omissão de socorro e a negligência, começamos a mudar. Só, assim, tornamo-nos profissionais mais qualificadas. Percebo a enfermagem preocupada com o ser humano e, se assim não fosse, seria mais um maltratante, pois não estaria ouvindo seu cliente e nem sentindo o que ele necessita; muitas vezes, os conhecemos até pelo olhar ou gestos. Ser humano, para mim, é ouvir com o coração, estar disponível, discernir quando podemos adiar um procedimento, conversar e ouvir. Quanto aos aspectos técnicos, qualquer pessoa pode desenvolver, porém, saber detectar uma necessidade com os olhos, é necessário ser especial, conquistar o paciente, a família, com os membros da equipe. Torna a enfermagem uma profissão difícil. Existem muitos profissionais competentíssimos tecnicamente, porém não parecem humanos. Não se envolvem com o cliente, não participam com ele e nem sentem o que eu sinto. Percebo que precisamos humanizar a nossa profissão, estando com o coração aberto para detectar situações que podemos modificar. Lembro a mãe que tenta fazer a criança dormir, ela está tão irritada que acaba maltratando a criança dentro do próprio hospital. Então, ao conversarmos com a mãe, entendemos que ela se encontra sem emprego e preocupada como resolver sua situação. Sente que deveria estar procurando emprego, pois o marido bebe, não trabalha e é ela quem deverá alcançar os alimentos aos filhos que estão em casa. Sobre estes detalhes que precisamos nos alertar, para não julgar as atitudes da

mãe por uma avaliação pouco consciente, derivada da falta de oportunidade de ouvi-las melhor.

É necessário estarmos presentes, autenticamente inteiros, para eleger a conduta certa, na hora certa. Para uma assistência correta, é necessário conhecer nosso cliente. Se for uma criança que não fala, usarei de minha experiência clínica, mas para conhecer o familiar, faz-se necessário conversar para captar o meio no qual está inserido social e culturalmente. Não basta somente o momento da nota de internação, é necessário um tempo maior para estabelecer um inter-relacionamento. Como não nos conhecem, não nos dirão o que queremos saber.

Ao acompanhar a internação, diariamente, vamos nos vinculando, e eles começam a confiar na equipe, tornando-se “companheiros” e até amigos. Quando nos tornamos disponíveis e confiáveis, eles nos procuram e trazem informações riquíssimas que auxiliam a equipe a encontrar a melhor solução para a situação em estudo. Percebo que a confiança é fundamental, pois ninguém dirá nada sobre sua vida se achar que será agredido. Sei que não posso julgá-los, mas, às vezes, é difícil. Estou trabalhando este sentimento de raiva contra o abusador. Hoje, consigo não demonstrá-lo. Procuro tirar a atenção do foco da violência e demonstrar que só quero ajudá-los.

O mau-trato ocorre com frequência por pais adolescentes, que também foram maltratados e, desconhecendo outra forma de cuidar, repetem o que vivenciaram. Vejo, então, a importância do nosso papel: desenvolver um vínculo com a criança durante a internação, pois ela poderá não mais encontrar um ambiente saudável em sua vida. Por isto, temos o programa de permanência

conjunta, em que a mãe pode permanecer junto com a criança e vivenciar momentos de crescimento, possibilitando que na alta saia com novas perspectivas de vida.

Vejo a importância de nos apoiarmos num trabalho de grupo como o Ateliê de Vivências. O cuidado exige muito de nós, e isso nos desgasta. É bom podermos falar do que sentimos juntos e atuarmos nesta problemática.

Penso que cuidar da criança maltratada não deve ser foco de preconceitos dentro da instituição. Precisamos dar uma assistência digna, elas já se sentem diferentes por isto é importante que as tratemos com a maior normalidade possível. Sabemos que são superespertas, e, se as tratarmos de forma diferente, acabam “se autodefinindo” pela superproteção da equipe. Cuidar da criança maltratada, é dar igualdade para que ela se sinta bem em um ambiente o mais familiar possível, juntamente com outras crianças. Ter consciência de que não conseguiremos aliviar todo o seu sofrimento. Dar apoio psicológico, social e emocional que, aos poucos, vamos adquirindo com estudo e experiência, bem como com a troca de informações com os demais membros da equipe. Sempre internamos uma criança e não uma patologia. Portanto, seu acompanhamento e assistência bio-psico espiritual e social se fazem necessários. Vejo que surgem muitos sentimentos na equipe: amor que se transforma em apego na hora da alta, queremos levá-las para nossa casa. Sabemos que não é possível. Precisamos trabalhar com a equipe para prevenir estas situações. Não podemos separá-las da família e, sim, ajudá-las nas suas relações.

Gosto de cuidar das crianças maltratadas, mas, às vezes, sinto um aperto, uma frustração aqui, um choro contido ali e outras reações às quais não podemos vivenciar, pois nos policiamos. Percebo que é um trabalho difícil, fragmenta-me muito. Preciso preparar-me. O Ateliê me ajudou bastante e vejo nele uma possibilidade de extravasar sentimentos contidos e ajudar as crianças que necessitam.

## **5 O DESVELAR DOS SIGNIFICADOS: essências fenomenológicas e suas dimensões**

*“Sobre um jardim florido o arco-íris, na “linguagem das flores”, provém da Íris, mensageira dos deuses gregos, aos mortais da terra. Este arco glorioso que tem tantos matizes colorindo-o, representa seu vôo levando suas mensagens para o céu...” (PICKLES, 1996, p. 50).*

Compreendo o arco-íris como o viver pessoal e profissional dos sujeitos deste estudo. Deste viver emerge as essências e suas dimensões. O viver aqui percebido como um processo de ligação entre o eu-outro-mundo. Cada cor representada no arco-íris traduz a singularidade de significados expressados pelos participantes no processo de construir-se e de cuidar do outro.

Para CAPALBO,

*“A universalidade de sentido não é abstrata. Ela é concreta, histórica e diz respeito à existência. Assim, ela é individual e coletiva, infinita e inesgotável. O sentido de um fenômeno não se esgota nos sentidos a ele atribuídos, pois o significante é mais rico do que os significados” (1984, p. 141).*

Este momento reflexivo por mim vivenciado, possibilitou-me captar os significados das vivências dos cuidadores de enfermagem à criança hospitalizada por maus-tratos.

Procurei apreender os significados atribuídos às vivências dos participantes que, gradativamente, foram reveladas e analisadas nas quatorze dimensões que compõem as quatro essências fenomenológicas que apresento a seguir:

**O cuidador: um ser em constante devir** - é essência que se contextualiza em quatro dimensões: revivendo suas próprias experiências de vida; construindo-se pessoa na relação com o outro; o mundo dos sentimentos; experiência e conhecimento: um saber epistemológico.

**O despertar para a compreensão do fenômeno maus-tratos** - essência que se constitui em quatro dimensões: enfrentando a situação de maus-tratos; criança: compreendendo sua linguagem; família: o alicerce do ser?; sociedade, aonde estás?

**O processo de cuidar: a urgência** se compõe de três dimensões: o cuidador: encontros vivenciais de cuidado; equipe interdisciplinar na ajuda; Hospital: *locus* para uma nova vida.

**O cuidado ressignificando o viver**, essencial neste estado, amplificando-se em três dimensões: vidas fragilizadas: as marcas indeléveis; o vínculo transformador; enfrentando os limites da abrangência do cuidado.

## 5.1 Essências fenomenológicas e suas dimensões

O CUIDADO RESSIGNIFICANDO O VIVER

- Vidas fragilizadas: as marcas indelévels
- O vínculo transformador
- Enfrentando os limites da abrangência do cuidado

OPROCESSO DE CUIDAR: A URGÊNCIA  
DESPERTAR PARA A URGÊNCIA

- O cuidador: encontros vivenciais de cuidado
- Equipe interdisciplinar na ajuda
- Hospital: locus para uma nova vida

DO FENÔMENO MAUS-TRATOS  
O CUIDADOR: UM SER EM CONSTANTE  
DEVIR

- Enfrentando a situação de maus-tratos
- Criança: compreendendo o ser?
- Família: o alicerce do ser?
- Sociedade: aonde estás?

- Revivendo suas próprias experiências de vida
- Construindo-se pessoa na relação com o outro
- O mundo dos sentimentos
- Experiência e conhecimento: um saber epistemológico



" O arco-íris levando suas mensagens  
continua a vicejar os cuidados....  
e para sempre transforma o mundo  
vivenciando com a criança e  
sua família em um lugar mais belo e mais doce."

## 5.2 O cuidador: um ser em constante devir

### 5.2.1 Revivendo suas próprias experiências de vida

*“A fenomenologia é também uma filosofia que repõe as essências na existência e não pensa que se possa compreender o homem e o mundo de outra maneira senão a partir de sua facticidade” (MERLEAU-PONTY, 1996, p.1).*

Estar com a criança e sua família oportunizou aos participantes do estudo reviver o mundo infantil e adulto experienciado em sua trajetória de vida. Revelaram-se como seres autênticos: alguns lembram o convívio familiar saudável e harmonioso, outros expressaram-se vivenciadores, também, no seu mundo infanto-juvenil de situações semelhantes às das crianças hospitalizadas devido a maus-tratos.

Compreender a fala dos participantes para CARVALHO (1987) é mergulhar no presente em seu mundo-da-vida. E, por isto se fez necessário uma comunhão entre os participantes eu, pesquisadora, que ao ouvi-los, atentamente, busquei captar os significados em suas vivências como cuidadores da criança maltratada. Deste encontro foram emergindo as experiências significativas mescladas no seu existir profissional, pessoal e profissional.

A consciência do significado de suas experiências de vida possibilitou-lhes sua construção própria de cuidar. Relato, a seguir, vivências significativas contextualizadas na trajetória de vida dos sujeitos manifestadas em suas falas.

Amarílis, revivendo suas vivências infanto-juvenis sobre privação afetiva materna, justifica a compreensão que tem com a criança maltratada: “... *quando eu tinha três meses de vida, fui doada por minha mãe a meus avós paternos... sinto até hoje esta rejeição...pois ela optou em ficar com minha irmã que era filha de outro pai...*”

Ao pensar em sua infância, Flor Silvestre refere ter vivido situações semelhantes à situação das crianças que cuidava, pois “... *fiquei órfã de mãe aos três anos de idade, não mais recebi carinho e atenção...*” Algo que muito a marcou foi quando, ao morar com sua avó “... *não passei mais fome, mas, muitas vezes, tive que comer comida mofada...*”. Esclarece que eram obrigadas a comer toda a comida senão apanhavam, então, ela e sua irmã escondiam as sobras, porém, ao serem encontradas por sua avó, eram obrigadas a comê-las.

Orquídea experienciou uma infância de perdas. Ainda quando tinha pouca idade, seu pai abandonou a família por um relacionamento com uma pessoa muito jovem, ocasionando problemas em sua estrutura familiar. “... *sempre nos mantivemos unidos, embora ocorressem alguns percalços em nossas vidas...*”. Comenta que este modelo relacional familiar deve muito à sua mãe, que acolheu seu pai quando retornou ao lar, já em fase terminal de um câncer. Deste relacionamento extraconjugal nasceu uma menina “... *que hoje convive com minha família*”.

Destaca MINUCHIM: “*O homem tem memória; é o produto de seu passado. Ao mesmo tempo, suas interações com as circunstâncias presentes apoiam, qualificam ou modificam a sua experiência*” (1990, p. 23).

As lembranças de Centáurea trazem um toque comparativo, valorizando a relação de bem-estar vivenciadas em sua família. “... *munca pensei que ‘isso’ pudesse acontecer...*”. Chora sensibilizada, lembrando de situações de mau-trato e abuso sexual de crianças hospitalizadas e por ela também cuidadas.

O lado materno de Madressilva sempre se fez presente em suas ponderações “... *a problemática dos maus-tratos sempre mexeu muito comigo, mesmo antes de ser mãe... e o lado materno inato sempre me impulsionou.*”

Para WATSON (1988), a formação de um sistema de valores humanista-altruísta interferem em nossas crenças, visões de mundo, onde as experiências pessoais procuram embasar as resoluções para o fenômeno maus-tratos. No exercício profissional de enfermagem junto à criança maltratada e ao agressor se apresentam situações conflitivas que, além da formação profissional, requer uma visão e atitude empática, ajudando o outro a ser, convergindo, assim o conhecimento, a afetividade e o fazer.

Tulipa compreende a significação de estar intencionalmente com estas crianças porque sua infância foi marcada por ações de ajuda ao próximo e lembra “... *me chamavam de Santa Rita, porque eu advogava casos impossíveis e desesperados de meus colegas de escola*”. Sentindo-se porta-voz do grupo, procurava mobilizá-los para levar mantimentos aos carentes das vilas. Sente-se realizada no trabalho com a criança maltratada.

Em suas vivências infantis, Margarida sentia-se tão sozinha que expressou “... *era como se eu fosse a única e a última pessoa do mundo*”. Sua mãe

professora e, segundo seu pai, muito nervosa, pois tinha insônia. Ao chegar em casa, “... só encontrava eu ali... e sempre brigava comigo e me batia muito. Com o passar do tempo, eu a compreendi... e hoje somos amigas”. Para ela, estas experiências contribuíram para entender as mães e as crianças. Referindo-se ao seu momento atual de vida, diz: “Tenho uma filha pequena... sinto que ela gosta de mim e eu dela... ‘eu gosto de ser mãe’. Mas nem sempre foi assim, com o nascimento de minha filha eu entrei em depressão... hoje estamos melhor, mas continuo em acompanhamento terapêutico.”

Segundo MAYEROFF (1990), as ações de cuidado possibilitam a auto-realização e é através delas que as pessoas vivenciam o significado de suas próprias vidas.

Estes significados emergiram por serem vividos nas existências concretas dos cuidadores da criança hospitalizada por maus-tratos, e foram por eles explicitados, constituindo-se suas experiências de vida.

A reaproximação dos cuidadores da criança e familiares consigo mesmos é fortalecedor da gênese de novas relações quando utilizadas adequadamente.

Compreendendo o processo mais do que o produto em si é que trazemos

FREIRE:

*“Um acontecimento, um fato, um feito, uma canção, um gesto, um poema, um livro, se acham sempre envolvidos em densas tramas, tocadas por múltiplas razões de ser de que algumas estão mais próximas do ocorrido ou do criado, do que outras são mais visíveis enquanto razão de ser” (1994, p. 18).*

### 5.2.2 Construindo-se pessoa na relação com o outro

As experiências intersubjetivas vividas pelos sujeitos deste estudo em seu mundo de cuidado à criança hospitalizada por maus-tratos corroborou na sua construção como pessoa.

Segundo HAMACHEK, *“nossos sentimentos acerca de nós mesmos são respostas apreendidas... pode significar abrir-se a outra pessoa... e certamente significa mudar as coisas que podemos, e aceitar aquelas que não podemos mudar”* (1977, p. 254).

Crescemos como seres humanos, nós e eles, e aprendemos juntos a construção do cuidado à criança até então omitido em seu espaço familiar.

O significado educativo de suas práticas emergiu de forma que os sujeitos ora “emissor-receptor” (educador), ora “receptor-emissor” (educando), enviaram e receberam mensagens sobre suas vivências (GADOTTI, 1993).

Entendo que para mim, pesquisadora, este momento de vivenciar o método fenomenológico me proporcionou obter uma compreensão maior do fenômeno em estudo. Para os participantes, vislumbro a possibilidade de mudança que neles se operou. Segundo GUALDA et al. *“...a reflexão mais profunda, a melhor compreensão da sua própria existência e as modificações com vistas ao crescimento tornam-se possibilidade de mudanças”* (1995, p. 300).

Neste processo de construir-se, o homem coloca-se como sujeito e objeto. Percebendo o mundo, ele alcança a compreensão de sua totalidade. De suas falas emanaram os significados de suas relações com o outro.

Descobrindo-se, Flox revelou: “... vivo numa família com bons relacionamentos... o diálogo permeia nossas relações”. O relacionamento dialógico parece ser um ponto forte que o auxiliar de enfermagem tem na relação com os outros.

Os depoimentos de Violeta são impregnados de significados de mudanças advindas da relação com o outro. Ao se colocar em seu próprio mundo, mobiliza vivências de sua trajetória como mãe. Ela diz: “*O meu trabalho tem trazido reflexões em minha vida pessoal... tenho dois filhos... Percebo que mudei minha forma de falar e ficar com eles... a vivência de cuidados com a criança maltratada e o Ateliê de Vivências contribuíram para o meu crescimento profissional como ser humano... sempre gostei de crianças maltratadas, mas o sentimento de raiva que eu tinha interiormente bloqueava minhas ações, deixando-me mais tensa. Hoje, olho para um pai ou uma mãe maltratante sem ter raiva e, então, tento compreendê-los e ajudá-los...*”.

Como comenta MERLEAU-PONTY em seu trabalho “Fenomenologia da Percepção”,

*“A verdadeira filosofia é reaprender a ver o mundo, e nesse sentido uma história narrada pode significar o mundo com tanta ‘profundidade’ quanto um tratado de filosofia” (1996, p. 19).*

Orquídea contribui dizendo que “... procuramos trocar informações entre nós, colegas, pois é difícil entender a questão do mau-trato. As mães são muito sedutoras, procurando nos envolver e, às vezes, nos deixam confusas...”.

Na relação com o outro, Tulipa esclarece que “... ouvir seus chamados é uma grande qualidade necessária para quem trabalha com a criança maltratada... por gostar e amar demais as crianças é que eu decidi trabalhar com a criança maltratada e aí... me apaixonei...”.

Vivências partilhadas com as crianças e suas famílias mostraram à Flor Silvestre maior proximidade com elas. Em sua fala, traz: “... poder cuidar dessas crianças é para mim uma oportunidade de dar carinho, atenção. É como se fosse da gente, porque me coloco no lugar daquela mãe e faço uma comparação da maneira como vivem essas crianças e como vive hoje a minha família... é não ter distâncias...”.

Prímula traz a importância dos vínculos “... sermos modelos para que a mãe possa introjetar novos padrões ao ver-nos cuidando da criança...”.

Madressilva percebe-se crescendo como pessoa quando diz: “... ser humano, para mim, é ouvir com o coração, estar disponível, discernir quando podemos adiar um procedimento, conversar e ouvir...”.

Centáurea refere que: “Aprendi a dividir mais o que tenho, bem como atenção e carinho, pois o amor que tenho é inesgotável... gostar dessas crianças é, acima de tudo, poder exercer meu papel de mãe enquanto estou longe de minhas filhas”.

As manifestações de Prímula nos sensibiliza: *“Eu gosto das crianças, e é muito gratificante vê-las sorrir. Para mim, seu sorriso é um alívio para a alma”*.

Percebo que a equipe de enfermagem, lançando seu olhar comprometido com o cuidado à criança maltratada, compartilha com COSTA et al.

*“... oportuniza-se o caminhar para um espaço e, quando se compreende a dimensão deste espaço..., funda-se a comunicação com o seu modo de vivenciar o mundo... com o seu espaço fenomenológico... essa comunicação faz parte da própria essência do humano” (1996, p. 55).*

Como pessoas e profissionais que somos, vislumbro como nutriente de nossa construção de ser humano, as relações interpessoais conducentes a nossa saúde mental.

### **5.2.3 O mundo dos sentimentos**

À medida que expressamos abertamente nossas experiências, sentimentos e expectativas, encontramos, conforme VISCOTT,

*“... menos necessidades de precavermo-nos com coisas que chamamos ameaçadoras no mundo, já que em lugar de ocultar seus sentimentos, a pessoa aberta os utiliza para interpretar o mundo em que vive. Quem confia exclusivamente no intelecto para encontrar seu caminho no mundo não tende em estar tão em harmonia com ele, como quem utiliza seus sentimentos. Os mais altos sucessos do homem não se encontram na precisão da sua ciência senão na perfeição de sua arte. A arte do homem é a celebração de seus sentimentos em seu ponto de maior coerência” (1978, p. 17).*

Do interagir do ser cuidador com a criança maltratada e seus pais agressores, surgiu a expressão de sentimentos positivos e negativos. Nossos participantes estiveram tão envolvidos em seu cotidiano profissional, o que os levou a ir em busca de um ser mais profundo, conhecendo-se num reencontro maior com suas coisas pessoais.

Para COMIOTTO, “o sentimento é a essência sentindo uma emoção” (1992, p. 91).

Os sentimentos, por serem mais profundos e duradouros, distinguem-se das emoções que são externas e passageiras.

Suas vivências, por vários momentos, revestiram-se de sentimentos e, às vezes, permeavam a dificuldade em compreender e lidar com as situações de maus-tratos, sofrimento da criança e enfrentamento com os agressores.

*“Não é possível captar a realidade sem ter em conta os sentimentos. As abstrações do intelecto e a razão tem importância, porém, quando elas perdem o contato com os sentimentos, abrem o caminho para os atos desumanos e destrutivos. Quando perdemos o contato com os nossos sentimentos, perdemos de vez o contato com nossas qualidades mais humanas” (VISCOTT, 1978, p. 17).*

Violeta, ao iniciar sua atividade de cuidado à criança maltratada, expressa ter sentimentos de revolta quando diz: *“Sentia-me agredida e condenava os pais, querendo retirar-lhes a criança...”*.

Madressilva, compartilhando do mesmo sentimento, fala: *“... ainda não consegui vencer o preconceito da violência sexual... sinto-me, às vezes, sem condições de fazer algo...”*.

Referindo-se a uma situação de estupro anal, Amarílis comenta: “... *é um menino indefeso que não fala e não anda, ... é imperdoável*”.

Flox, em relação ao mesmo assunto, não conseguia entender que “isso” pudesse acontecer e diz: “... *mas é real e 'isso mobiliza meus sentimentos... fico com muita raiva...*”.

Os depoimentos dos sujeitos revelaram que os sentimentos estão implicados em suas atividades e observações. O modo de formá-los, senti-los e expressá-los se diferencia conforme a vivência da cada momento: desgastantes, conflitantes, inconformidade, raiva ou de amor.

Confirmando HELLER, “Sentir significa estar implicado em algo. Tal implicação é parte estrutural inerente da ação e do pensamento e não um mero acompanhamento” (1982, p. 17).

A autora citada expressa que

*“o sentimento nos guia na preservação e extensão de nosso organismo social (nosso Ego). Nossos sentimentos se expressam: dão a informação fundamental sobre o que geralmente somos. Um homem sem sentimentos é inimaginável”* (1982, p. 80).

Trazendo sentimentos de amor, Margarida expressa que: “*Sinto-me realizada em dar carinho, afeto, e estar com elas... ajudá-las*”.

Prímula traduz seus sentimentos com inconformidade “... *não acredito que as mães tenham consciência do que fazem quando batem, queimam ou fazem 'judiação' a seus filhos*”.

Orquídea manifesta perceber que as crianças valorizam muito o carinho recebido e que existem “*mães e mães...*”. Algumas são atenciosas com seus filhos “... *demonstram acarinhar verdadeiramente... porém, há outras que forçam a expressão de afeto perante a equipe...*”

WATSON admite que o cuidado “*só pode ser praticado através de um processo interpessoal, subjetivo, que mantém vivo o sentido humanístico*” (1988, p. 255).

Em relação aos sentimentos, Flor Silvestre refere sentir culpa quando viu a mãe chorar pela perda da guarda de seu filho “... *eu participei desta decisão e sinto... pois também tenho filhos...*”.

Centáurea manifesta seus sentimentos com muita emoção, compartilhando com as colegas a ajuda necessária a essas crianças. Observa ter dificuldades quando os familiares estão presentes “... *sinto receio, medo... devido ao sentimento de raiva que deposito nos agressores da criança*”.

Madressilva expressa o sentido de suas vivências revelando: “... *gosto de cuidar das crianças, mas, às vezes, sinto um aperto, uma frustração... um choro contido... e emoções que não podemos externar, pois nos policiamos*”.

Os sentimentos desvelados pelos participantes demonstraram valores humanísticos à criança hospitalizada por maus-tratos.

Conforme WALDOW et al.,

*“o mundo da saúde é um mundo que clama por justiça, compaixão e amor... nossa conscientização na busca de significado e de exame de valores... é um mundo que necessita de nossa solidariedade, carinho e amor”* (1995, p. 23).

#### 5.2.4 Experiência e conhecimento: um saber epistemológico

Vivenciando o crescimento dos cuidadores de enfermagem, vejo suas ações não apenas voltadas à constatação imediata do fenômeno, mas o olhar comprometido em sua educação para um futuro melhor.

Para MERLEAU-PONTY,

*“Todo o universo da ciência está construído sobre o mundo vivido e, se queremos pensar rigorosamente a ciência, apreciar exatamente seu sentido e alcance, teremos que primeiro despertar esta experiência do mundo dele que esta é a expressão segunda” (1975, p. 8).*

A educação é uma atividade humana necessária à existência e funcionamento de todas as sociedades, é um fenômeno social e universal, conforme LIBÂNEO (1994). É através da ação educativa que o meio social exerce influências sobre os indivíduos e eles, ao assimilarem e recriarem estas influências, tornam-se capazes de estabelecer uma relação ativa e transformadora no meio social.

Para FREITAS, apud GADOTTI (1993), a educação é considerada emancipatória quando ela se propõe a criar através do seu processo a consciência crítica, portanto, instrumentalizada para procurar transformações e mudanças. Criar esta consciência crítica significa integrar o ser humano no contexto social, porém, não passivo como um objeto ajustado ou acomodado às situações, mas alguém livre como um sujeito ativo e com capacidade geradora e renovadora.

Os sujeitos desvelaram-se como atores no processo de cuidar, construindo suas experiências e conhecimentos, respeitando as singularidades das situações e tornando-se críticas e responsáveis pelo próprio processo de aprendizagem, paralelamente compartilhada com outros cuidadores. Revelaram significantes aspectos humanos, habilidades relacionais e percepções.

Os cuidadores que participaram do Ateliê de Vivências perceberam que estavam construindo um processo criativo de cuidado à criança hospitalizada por maus-tratos.

Respeitando as particularidades do fenômeno, as contingências do momento, as motivações e limitações naturais e humanas, os participantes deste estudo, assim expressaram esta experiência.

Compartilhando suas experiências de cuidado no “Ateliê de Vivências”, Prímula expressa: “... *começou a descortinar um novo conhecimento. Fui aprendendo a conhecer as mães... quando elas gritam demais algo não está bem, ou quando deixam a criança fazer tudo o que deseja, também não está correto... modificamos nossos conceitos de maus-tratos... para uma visão mais ampla, indo além do físico ao emocional...*”. Hoje, reconhece o valor dos encontros no “Ateliê de Vivências” percebendo a internação da criança como um momento de aprendizado aos pais.

As experiências contínuas de cuidado tornou-os cuidadores de enfermagem mais sensíveis e mais hábeis na busca de soluções para as

tomadas de decisões. Confirmou-se, na prática, que ao tornarem-se mais autênticos, oportunizou-se uma conquista que os levou ao autoconhecimento e à auto-realização. Por vezes, foram além do mundo físico, fazendo contato com o mundo emocional e subjetivo da criança maltratada, que não acusa o seu agressor, pois parece perceber que este também necessita de ajuda.

Sabendo que por muitas vezes esse é um caminho infinito de cuidar, Tulipa deu sentido à sua participação no Ateliê de Vivências, dizendo: “...*venho acumulando várias experiências com criança maltratada, mas cada vez que me defronto com uma nova criança maltratada eu vejo que cada criança tem sua própria história*”. Segue comentando que a equipe necessita desenvolver seu conhecimento para quando abordar uma criança não colocar tudo a perder por falta de habilidade.

“A sensibilidade à informação caracteriza uma forma de conhecer o fundamento essencial de uma experiência essencialmente humana” (SELLI, 1997, p. 163). Essa sensibilidade e a reflexão são características que conquistam espaços na concepção profissional dos cuidadores junto à criança maltratada e sua família.

A significação do Ateliê de Vivências, para Violeta, foi de que “... *durante nossos encontros eu adquiri novos conhecimentos e isto contribuiu para a identificação de novas situações de maus-tratos na enfermagem*”. Relaciona o aumento do número de crianças encaminhadas ao Comitê dos Direitos da Criança ao melhor preparo dos profissionais de enfermagem das unidades que observam logo estas situações..

Madressilva salienta que “... quanto aos aspectos técnicos, qualquer pessoa pode desenvolver, porém, saber detectar uma necessidade com os olhos, é necessário ser especial... Percebo que precisamos humanizar a nossa profissão, estando com o coração aberto para detectar situações que podemos modificar”.

Os profissionais de enfermagem tornaram-se mais qualificados à medida que, ao tomar conhecimento dessas “barbáries”, como violência, omissão de socorro e negligência, iniciaram um processo com ações de mudança. Lembramos FREIRE:

*“Diferentemente dos outros animais, que não se tornaram capazes de transformar a vida em existência, nós, enquanto existentes, nos fizemos aptos a nos engajarmos na luta em busca e/ou defesa de igualdade de possibilidades pelo fato mesmo de, como seres vivos, sermos radicalmente diferentes uns dos outros e umas das outras” (1994, p. 98).*

Significativamente, para Prímula e Orquídea, o saber epistemológico emergiu dos caminhos existenciais percorridos no HCSA ao cuidarem da criança maltratada, como podemos evidenciar nos depoimentos. “*O Ateliê de Vivências tirou as vendas de nossos olhos.*” e “... antes, só tinha conhecimento através da televisão sobre maus-tratos, negligência e abusos. Agora é diferente, sinto-me envolvida, dedicando-me profundamente em ajudar essas crianças”.

## **5.3 O despertar para compreensão do fenômeno maus-tratos**

### **5.3.1 Enfrentando a situação de maus-tratos**

Embasamo-nos nos dispositivos do Estatuto dos Direitos da Criança e do Adolescente, regulamentado em nível municipal, pela Lei 6.787/90, em seu Artigo 5º:

*“Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (BRASIL, 1990).*

Os participantes deste estudo, além de se defrontarem com a situação existencial concreta das conseqüências dos maus-tratos, enfrentaram, também, situações de como este mau-trato é experienciado pela criança, por meio de seus pais no hospital. Frente a essa problemática, se posicionaram e desenvolveram uma postura questionadora em seu cotidiano profissional, preocupando-se com a garantia do cumprimento do artigo acima descrito.

Os maus-tratos às crianças, prática da imposição deliberada de dor ou desconforto por parte de adultos a uma criança *“são caracterizados como violência e ofensa à integridade física de nossas crianças, o que é incompatível com os termos da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança”* (ESTADO, 1996, p.13).

Ainda hoje constatamos existir a punição física de crianças pelos seus pais e/ou responsáveis, mesmo que estes atos violem seus direitos como pessoas. Considerada uma doença de extrema adaptabilidade, transcende

todas as fronteiras, requerendo de nós, profissionais, encaminhamento urgente.

Preocupo-me com a vida da criança maltratada que não teve a oportunidade de vivenciar o sentido do verdadeiro amor, de contemplar o olhar sereno de seus pais, de sorrir o riso puro de uma criança e, mais do que isto, sentir-se amada para enfrentar o seu mundo-da-vida. Importa, agora, compreender esta questão que, muitas vezes, inicia nas instituições hospitalares em que são atendidas.

Lidar com situações de maus-tratos parece ser um dos pontos cruciais do interagir dos cuidadores com a crianças vítima de maus-tratos. Seus depoimentos expressaram significados de seu cotidiano profissional, como podemos apreender.

A permanência conjunta dos pais com a criança é requerida durante a internação para um acompanhamento afetivo e educador. Mas Amarilis sentiu intensamente esta experiência adversativa: *“... a criança sofria na enfermaria novo abuso pelo seu responsável... quando o mesmo beijava-lhe a boca e ‘ainda mais’, quando ouvi o menino expressar sentimentos de prazer ao receber carícias sensuais em seus mamilos, aí eu digo, ‘meu Deus’”*.

De acordo com o Psicólogo CASENAVE,

*“O abuso sexual poderá revelar-se no futuro desta criança, como alterações de seu comportamento sexual, sendo que a elaboração do mesmo demanda uma difícil tarefa, pois é algo muito difícil de suportar devido aos efeitos que o rodeiam” (1993, p. 183).*

Na revelação do abuso surge o desvelamento das vivências-chave dos seres humanos proporcionando-lhes a oportunidade de rever a sua caminhada na busca de firmar-se como pessoa.

Madressilva, em seu enfrentamento às situações de mau-trato, expressou: *“Inicialmente, vivenciei a fase da negação: fazia de conta que não existia a situação de mau-trato... de repente começou a me tocar demais, não poderia continuar me omitindo, pois, dessa forma, estaria, também, maltratando... Era estranho, mas tive muito medo de ouvir a verdade sobre a revelação do mau-trato. Ficava extremamente chocada...”*.

Tulipa sentiu a experiência de *“... cuidar de crianças maltratadas como uma motivação interna acompanhada por uma escala de valores... Tenho consciência que não vou acabar com o mau-trato na infância, mas se ajudar a uma criança já valeu o esforço”*. Mesmo que, por muitas vezes, refira: *“Sinto uma grande impotência quando os agressores não admitem ajuda, ao abordá-los, dizem: ‘não tenho problema nenhum na família, o que a senhora pensa que é, a senhora não é minha mãe, é apenas uma enfermeira’”*.

Torna-se um desafio para os cuidadores de enfermagem o permanente resgate da dignidade das pessoas envolvidas neste fenômeno. Isto nos compromete a uma incessante busca de compreensão dos fatos para uma intervenção segura, pois será tanto mais eficaz quanto mais precocemente for realizado o diagnóstico de certeza para então ser estabelecido um plano de cuidados.

Orquídea percebeu vivenciar “algo especial” ao cuidar da criança maltratada: *“É como se eu fosse uma tutora”*. Dentro deste enfoque, Prímula diz: *“sinto-me responsável em observar o comportamento dos pais nas internações... é necessário estarmos alertas para evitar reinternação pelo motivo de maus-tratos”*.

Ao cuidar de um menino, Flor Silvestre refere: *“... não tinha família, pai alcoólatra matou a mãe, deixando-o com uma irmã de treze anos já prostituída, ... caiu sobre as brasas em que cozinhavam... tomado de lesões por queimaduras, foi trazido pelo Conselho Tutelar até nós”*.

Vemos que estes cuidadores, ao vivenciarem o mau-trato através do seu enfrentamento, estão buscando autenticidade e verdade e, segundo CAPALBO,

*“... sua consciência vai emergindo do entrecruzamento das condições de situações em que vive, condições de família, de sociedade, de meio ambiente da sua vida, de linguagem, da economia, da educação, das condições de saúde e higiene... Os doentes brasileiros qualquer que seja a sua doença, expressam na sua modalidade de viver a sua doença, em todos os seus condicionamentos culturais e sociais” (1994, p. 74).*

### **5.3.2 Criança: compreendendo sua linguagem**

*“Uma criança, como qualquer outra pessoa, deveria ter o direito de ter sentimentos de raiva... descobrir o que está errado. Trabalhar sobre o problema pode conduzir a uma mudança do self e dos outros” (HAMACHEK, 1977, p. 159).*

Entender a realidade tal como se apresenta ao nosso sujeito, leva a perceber que a criança é um ser que deve ser compreendido e explicitado à

luz da sua existência. Este estudo fenomenológico auxiliou a descortinar algumas possibilidades deste conhecimento.

Para FARINATTI et al., *“há certas crianças que são alvo mais amiúde do ato do mau-trato...”* (1993, p. 19-20). Afirma, também, que a criança abusada é partícipe, em maior ou menor grau, da tragédia dos maus-tratos.

FURNISS reporta à total responsabilidade dos adultos. Para ele, a desigualdade legal entre pais e crianças baseia-se na imaturidade biológica da criança. Isto significa que *“... elas devem ser capazes de confiar que tudo o que um progenitor faz é bom para a criança e que vai ajudar o seu desenvolvimento”* (1993, p. 16).

Os depoimentos dos participantes deste estudo revelaram que para compreender a linguagem da criança maltratada foi necessário, que a criança também entendesse a linguagem e atitudes de seus cuidadores, resultando num processo de compreensão empática. Cada uma destas crianças representa um ser único, incluindo sentimentos, interesses, experiências, temores e defesas em sua individualidade.

Demonstrando sua sensibilidade, Centáurea revela que: *“vejo como as crianças chegam arredias, não nos olham e nem querem falar conosco, não gostam que nos aproximemos, se irritam e fingem que estão dormindo, querendo alienar-se deste mundo... mesmo assim, elas choram pelas mães que as maltratam... eu não consigo entender muito bem o porquê disto”*.

FARINATTI relata que:

*“Com frequência são subnutridas, apresentam retardo do crescimento por carência psicossocial, seu comportamento é medroso, não sorri e não chora... não mostra nenhuma curiosidade pelo ambiente físico e humano... após alguns dias, tornam-se vivazes e alvo de atenção dos técnicos devido à simpatia... o que se chama de hospitalismo invertido” (1993, p. 24)*

Procurando respeitar e entender a linguagem das meninas quando as internam por abuso sexual, Violeta expressa que: *“ao elaborar a escala de trabalho, procuro não colocar auxiliares de enfermagem homens, pois percebo que as meninas ficam constrangidas”*.

Permanentemente alerta, Orquídea denota que *“... não é raro crianças apresentarem comportamentos ambivalentes: em frente aos pais, elas expressam querer ir para casa, porém, quando eles se afastam, estas mesmas crianças já não querem ir embora. Começam a somatizar, apresentando náuseas, vômitos e fazendo hipertermia”*. Entendendo que é uma forma de defesa da criança, pois *“... sente-se melhor e mais segura no hospital... Então ela prefere sentir-se mais protegida onde está”*.

Prímula expressa esse momento de internação da criança maltratada como: *“Este socorro que a criança grita, não só para ela, é, também, para sua família. Seu grito é um pedido de mais qualidade de vida, ela quer viver.”*

Ao cuidar das crianças maltratadas, Tulipa revela que: *“Tenho sempre como princípio não agredi-la novamente com perguntas... vejo que sempre tem outra forma de abordar, através de um jogo, de um desenho ou situações em que podem ser trabalhadas”*. Lembra que durante um procedimento terapêutico, houve a

revelação de um abuso sexual a uma menina: “... após instalar o soro em um paciente, ela pediu que brincássemos de colocar soro em sua boneca. E, repentinamente, começou a chorar... ela chorou bastante, acalmando-se, apenas, quando a abracei e a coloquei no colo. Foi neste momento que ela falou: ‘Tia, foi o marido da minha mãe que fez isso comigo’”.

BETTELHEIM compreendendo o domínio dos acontecimentos difíceis pela criança, orienta que as experiências traumáticas quando representadas nas brincadeiras, repetindo o processo de novo e de novo, contribuem para perder suas conotações ansiosas. “Desse modo, chega eventualmente a sentir: eu posso entender, eu sei para que serve e do que se trata” (1988, p. 175). Gradativamente, vai tendo uma percepção do que, no início, era muito complexo para que entendesse. “E quando inflige aos brinquedos os processos que sofreu como sujeito passivo, começa a entender que não precisa ser sempre a vítima desamparada..” (Ibidem, p. 175).

Sentindo-se comprometida em ajudar a criança maltratada, Madressilva diz: “se for uma criança que não fala, usarei de minha experiência clínica, mas para conhecer o familiar se faz necessário conversar para captar o meio no qual está inserido social e culturalmente, pois este é o meio em que a criança vive”.

Neste contexto, encontramos em SANTOS, “A violência contra os excluídos impossibilita o seu desenvolvimento físico, mental e social de forma saudável e normal” (1991, p. 34). Em sua fala evidencia a complexidade envolvida de determinantes culturais sociopsicológicos, econômicos, cujas diferenças regionais interferem na sua compreensão.

Flor Silvestre, valorizando a inter-relação com a criança, desvelou com significado suas percepções “... ao trocar as fraldas e alimentar as crianças, sinto que ficamos mais juntos, numa inter-relação que possibilita conhecê-los, pois cada criança é única, conforme a faixa etária e o seu mundo interior. Suas reações são diferentes de uma para outra. Algumas choram, outras gritam. E tem aquelas que são indiferentes ao que fizermos a elas, aceitando o tratamento, enquanto outras exigem de nós ‘uma psicologia...’ é preciso conversar”.

Sua fala confirma ELSEN et al., “O ser saudável surge também como um todo, integrado ao viver diário da criança” (1992, p. 20). Percebem que os momentos vivenciais de cuidado podem deixar “flashes” de experiências positivas durante a hospitalização das crianças maltratadas.

### **5.3.3 Família: o alicerce do ser?**

Para os membros do Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação em Saúde da Família - GAPEFAM - UFSC,

*“Família saudável é uma unidade que se auto-estima positivamente, onde os membros convivem e se percebem intimamente como família. Tem uma estrutura e organização para definir e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros. A família saudável se une por laços de afetividade exteriorizados por amor e carinho, tem liberdade de expor sentimentos e dúvidas, compartilha crenças, valores e conhecimentos. Aceita a individualidade de seus membros, possui capacidade de conhecer e usufruir de seus direitos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e às pessoas significativas. A família saudável atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformada. Desenvolve-se com experiência, construindo sua história de vida” (ELSEN et al., 1994, p. 67-68).*

A realidade vivenciada pelos profissionais sujeitos deste estudo, na convivência hospitalar com os pais agressores das crianças internadas por maus-tratos, é expressada como inversa da família saudável idealizada.

Prímula relatou que *“... constatamos que além da criança, a família também se encontra doente. A criança é apenas a ponta do ‘iceberg’ desta problemática, que encerra conflitos interparentais: pai e mãe; mãe e sogra; mãe e tia, e quem sofre é a criança”*.

Vendo a violência dos pais como resultado de um conflito de gênero, de gerações e de desigualdades, também Orquídea expressa um sentimento permanente: *“Sempre me revolta, pois na maioria das vezes a causa dos maus-tratos é pela perda, separação ou troca de companheiro. As mães descontam suas frustrações nas frágeis e indefesas crianças”*.

Flox verbaliza a sua experiência de como os pais descarregam nos filhos suas frustrações: *“Geralmente, os pais estão vivendo situações-problema e não conseguem entender que a criança não tem nada a ver com isto...”*.

Em seus conteúdos da consciência vivida, os cuidadores expressam a realidade de que a vida em família, espaço inigual para o alicerce do “ser” pai, mãe e criança, transforma-se em ambiente gerador de “experiências destrutivas”, falhando na sua missão de família saudável, por estarem vivenciando a situação de famílias enfermas.

O relacionamento agressivo dos pais com a criança foi compreendido como repetição de suas experiências infantis, guardadas inconscientemente.

Flox relatou perceber *“que os pais repetem suas vivências infantis e que não foram preparados para terem uma família”*.

Traços culturais e valores foram vistos como relevantes para a construção da identidade destes pais.

Para Prímula, foi significativo o fato de na carteira de identidade da avó, mãe e filho não constar o nome de seus respectivos pais, relatando que a própria avó percebeu e disse *“que a criança só tinha mãe, não tinha pai, e que estes só servem para engravidar”*. Centáurea percebe que as ações agressoras emergem das experiências infantis, mas não as compreende passivamente. *“Questiono-me como foi a infância destes pais. Mesmo assim, é revoltante as ações realizadas contra seus próprios filhos, seres de suas próprias entranhas”*.

Amarílis notou que o padrasto que estuprou o menino *“era uma pessoa rígida...”*. Paralelamente, percebeu sem esperança o futuro dessas famílias se não houver intervenções para ajudá-las a repensar as situações de maus-tratos e a transformar a relação com os filhos. Com outra mãe, percebeu que nem sempre o estar da mãe com a criança, oportunidades necessárias para orientá-la, significava momentos harmoniosos para os cuidadores de enfermagem. *“A mãe demonstrava comportamentos agressivos em relação à equipe quando solicitada a visitar com mais frequência seu filho.”* Em outra fala, expressou: *“... identificar o desinteresse materno de estar com a criança no hospital...”*.

Estas lembranças das negligências afetivas e rejeições familiares, experienciadas pela criança, também foram significativas para Margarida, que externou sentir que as crianças não gostam de estar junto *“daquelas famílias”*.

Ao referir a violência doméstica, DESLANDES (1994) alerta que, em contato com famílias maltratantes, evidenciou várias questões distintas, que reforçam as condições predisponentes às relações familiares violentas: desemprego; condições de pobreza ou empobrecimento; valores culturais que justifiquem condutas violentas; conflitos conjugais; problemas psicológicos e afetivos; alcoolismo; falta de serviços básicos educacionais e de saúde; e habitações inadequadas às necessidades das pessoas que aí convivem. Uma de suas conclusões, com a qual concordamos plenamente, refere-se à necessidade de atuação afetiva de uma equipe junto às famílias envolvidas, resgatando a sociabilidade e solidariedade através de ações dialógicas de co-responsabilidade.

Centáurea expressa que a situação de mudanças comportamentais dos pais não se torna tão fácil, mas, para que isto ocorra, sente que influenciará o seu modelo de agir com a criança. *“Não me iludo com mudanças quanto ao abusador, mas nossas ações valem mais que muitas palavras.”*

(FAZENDA (1991) fala que a evolução de nosso crescimento requer três atributos básicos compartilhados: olhar, perceber e registrar.) Esta atitude de Centáurea, reflexo seguro de sua experiência, gera momentos vivenciais propícios à transformação das relações familiares agressivas.

Madressilva, ao estar com a criança, cuidando-a, presenciou que há modos diferentes das mães estarem com seus filhos durante a internação devido a maus-tratos. E, assim, os desvelou: “... encontramos mães que ajudam a cuidar da criança, penteando seus cabelos, cuidando do soro na mãozinha, às vezes, choram pela dor da criança ao aplicarmos injeções, porém, é comum outras não se preocuparem com seus filhos; deitam e dormem, ‘são bem desligadas’”.

Conforme CASENAVE,

*“O psiquismo da criança vai-se estruturando a partir da sua relação com o outro, da linguagem da percepção de seu próprio corpo, e com o corpo dos demais, do mundo dos objetos que o rodeiam, pois, fundamentalmente, da palavra do outro mediante a qual vai ganhando uma simbolização de todo esse conjunto. Ao longo de sua vida tratará de encontrar a palavra que signifique cada um dos elementos que formarão o que chamamos sua identidade” (1993, p. 185).*

Flox relata a sua experiência, dizendo que é “comum presenciarmos comportamentos diferentes dos pais na internação. Na nossa frente, são carinhosos e, quando nos afastamos, são agressivos. Eles necessitam uma vigilância permanente da equipe...”.

Conforme AZEVEDO e GUERRA (1989) constatamos a negligência afetiva como uma crise em que ocorrem situações que fogem à normalidade da família: desemprego, alcoolismo, doença na família... falta de responsabilidade, de afeto e dedicação às necessidades da criança. Também os mesmos autores incluem a rejeição afetiva neste fenômeno, pois significam ações de depreciação e agressividade para com a criança.

Também as situações sócioeconômicas e culturais foram sentidas pelos sujeitos como influenciadoras da violência doméstica. Amarilis referiu que “...  *muitas mães do interior vivem alienadas num mundo fechado, e quando ocorre algo diferente com seus filhos, elas se apavoram...*”

O baixo nível de instrução materna corrobora para o livre curso do mau-trato.

A família maltratante é compreendida como “*participe de um problema que envolve uma complexidade de determinantes culturais, sóciopsicológicos, econômicos, religiosos e psiquiátricos, cujas diferenças interferem na sua compreensão*” (SANTOS, 1991, p.112 ).

Assim, a família, ao invés de ser um ambiente de sociabilização, transformou-se em um ambiente de maus-tratos. Os cuidadores de enfermagem perceberam que a agressão à criança por seus familiares é de natureza geracional, justificando que os adultos quando maltratados na infância têm mais probabilidade de abusar as crianças.

A partir do mundo vivido dos cuidadores, percebi a construção de um processo relacional com o pai das crianças cuja profundidade se transformava a partir de cada vivência. Esta abordagem dinâmica de cuidar possibilitava despertar nos pais uma nova visão de um viver familiar saudável.

Conforme BETTELHEIM, “*a família, em um sentido sociológico, é formada pelas interações de todos os seus membros, seus sentimentos uns pelos outros, e a maneira como estão integrados na vida cotidiana.*” (1988, p. 247).

### 5.3.4 Sociedade: aonde estás?

A Constituição brasileira preceitua:

*Art. 227.- " É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão" (BRASIL, 1988).*

A família maltratante é o resultado de um modelo social com ênfase no estresse que, por si só, explica este fenômeno, pois há famílias em situações semelhantes e que desenvolvem um processo educativo favorecedor (FARINATTI, 1993).

A Declaração dos Direitos que compõem o ECA caracteriza-o como um texto constitucional integrador do conjunto de direitos que promulga sobre a proteção integral desses seres humanos em desenvolvimento, necessitando, para isto, de proteção e cuidados da FAMÍLIA, da COMUNIDADE, da SOCIEDADE em geral e do PODER PÚBLICO. Em cada um dos seus 59 Artigos, o ECA prenuncia como os direitos da criança e do adolescente são garantidos pela Constituição Brasileira quanto às oportunidades e recursos que necessitam para o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social em condições de liberdade, dignidade e convivência familiar (ECA, Art. 3º). Contudo, os participantes deste estudo percebem a sua transgressão, pois este pressuposto, por si só, não tem sido capaz de alterar a prática da violação dos Direitos da

Criança, embora declarados anteriormente na Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1959 (RAYA, 1978).

Essa inoperância da sociedade foi explicitada em suas falas: traduz esta situação dizendo:

Flor Silvestre: *“Faço uma auto-reflexão, muitas vezes, não é negligência da mãe, ‘é a sociedade’ que não dá condições a esses pacientes de sobreviverem e terem uma vida melhor. Nós vivenciamos a pobreza quando ouvimos as mães dizerem: ‘Tirei meu filho do outro hospital porque não me davam comida...’, são essas situações que levam a refletir nossos limites quando os vemos passando fome e não temos como ajudá-los... É com frequência que nossas colegas trazem alimentos às mães.”*

Os cuidadores de enfermagem, se sentindo na perspectiva de vida destas mães, se tornaram cidadãos solidários.

Para a fenomenologia de MERLEAU-PONTY,

*“é preciso considerar o outro humano no mundo. Se somos uns para os outros, uns-com-os-outros, precisamos, necessariamente, ter uma aparência mútua. Não se trata de uma aparência externa, mas de uma aparência ou perspectiva um do outro. Minha visão dos outros e a que eles têm de mim é que permitem nossa posição no mundo”* (MARTINS, 1992, p. 55).

A determinação das relações sociais pelo poder é algo presente em nosso cotidiano. Para AZEVEDO e GUERRA et al., *“... as relações de poder revelam a desigualdade social entre seus protagonistas. Crianças são consideradas socialmente inferiores...”* (1989, p. 46 ).

Lembramos Tulipa quando diz: *“Vejo que o mau-trato é algo amplo e genérico. Principalmente, se falarmos em exploração ou violência sexual, num país onde se propicia a exploração de crianças... Faço um clamor à comunidade, sensibilizando-os quanto ao ostracismo e à acomodação”*.

Hoje o contexto social relacionado à síndrome do mau-trato infantil, apresenta-se antidiscriminatório com relação aos sinais de evidência em todas as classes sociais. Porém, esta imunidade é menor nas famílias menos favorecidas, pois têm sua privacidade com mais frequência violada devido às lesões impostas às crianças serem mais severas, levando-as, freqüentemente, aos hospitais. O que caracteriza que os maus-tratos físicos aparecem mais nas classes sociais mais baixas e que os abusos emocionais surgem nas famílias com melhores condições sociais (FARINATTI, 1993).

Emocionando-se, Centáurea expressa: *“... penso que é melhor estarem aqui do que permanecerem naquela miséria. Não é só miséria física, contudo, muito mais do que possamos imaginar, é a miséria humana, espiritual, emocional...”*

Prímula, também, entende que em meio à miséria que vivem, é comum que até um choro *“sem querer da criança faça as mães explodirem em agressão”*.

*“Cada sociedade precisa cuidar da formação dos indivíduos, auxiliar no desenvolvimento de suas capacidades físicas e espirituais, prepará-los para a participação ativa e transformadora nas várias instâncias da vida social. Não há sociedade sem prática educativa nem prática educativa sem sociedade. A prática educativa não é apenas uma exigência da vida em sociedade, mas também o processo de prover os indivíduos dos conhecimentos e experiências culturais que os tomam aptos para atuar no meio social e a transformá-lo em função de necessidades econômicas, sociais e políticas da coletividade” (LIBÂNEO, 1994 p. 17).*

Ao perceber uma mãe irritada na enfermaria, pois não conseguia fazer seu filho adormecer, Madressilva relata “... *ao conversar com a mãe entendemos que ela se encontra sem emprego e preocupada como resolver a situação. Sente-se que deveria estar procurando um emprego, pois seu marido bebe, não trabalha e é ela quem deverá alcançar os alimentos a seus filhos que estão em casa...*”.

A analisar o impacto da violência social sobre a saúde enfatiza MINAYO (1994) que se faz necessário exorcizar a banalização da vida e exaltar a integridade humana de quem, humildemente, vive o cotidiano, trabalha, ama e participa... Este é um repúdio à violência que permeia os países em véspera do 3º milênio.

Ao experienciar o cuidado à criança maltratada, Prímula, Tulipa e Flox, valorizam o apoio dos Conselhos Tutelares junto ao Comitê dos Direitos da Criança do HCSA, pela participação interativa junto à equipe interdisciplinar.

Nesse sentido, DESLANDES (1994) preconiza a consolidação de uma intervenção em rede que integre vários recursos sociais. A atuação inter-institucional, mais que um princípio, é uma necessidade diante da complexidade do problema. A parceria entre atuação assistencial requer: 1º) atenção integral à família e não somente à criança e ao adolescente; 2º) cautela quanto à criminalização da família ou agressor, pois considera-se esta penalidade paliativa - por ser um fator de desagregação familiar. Portanto, necessita ser atendida adequadamente, visto ser o referencial afetivo da criança ou adolescente; 3º) conscientização da complexidade da violência doméstica em que o contato com as famílias maltratantes mostra a variedade de questões

que reforçam a situação. Neste âmbito de atenção, para evitar a reincidência, sugere ter como alvo de atuação a família; realizar visitação domiciliar; buscar apoio aos serviços da comunidade, como escolas, instituições de saúde e associações; e, por fim, considera essencial o investimento na atenção ao ambiente familiar.

Diante de todas essas considerações, os cuidadores confrontam-se com este dilema como pessoa e profissional, enxergando uma sociedade injusta, na qual a família maltratante não consegue interagir com os valores sóciomoraes, por transgredir as fronteiras de uma relação saudável familiar, exatamente, no ambiente em que eles próprios são as raízes.

Percebemos que a ação básica para prevenir a violência à criança é o conhecimento da população demandante, e que a atuação e os recursos do Estado e da sociedade civil aliados ao envolvimento com a comunidade é uma medida de absoluta necessidade na relação junto a essas famílias. Salientamos como responsabilidade do enfermeiro em relação à sociedade e à orientação dos indivíduos e da família, apresentando-lhe possibilidades de escolha.

## 5.4 - O Processo de cuidar: a urgência

### 5.4.1 O cuidador: encontros vivenciais de cuidado

Ao conviverem com as crianças maltratadas e suas famílias, os cuidadores experienciam, a cada momento, a existência do outro como pessoa que vivencia o mundo de modo próprio. A busca da compreensão dos significados das vivências do outro revela caminhos de ajuda no processo criativo de cuidar.

Para NUNES,

*“O ato de cuidar desvela-se como criação, com ele entrevê-se no horizonte as possibilidades surgidas do mundo-vida dos seres envolvidos no cuidado, integrando os conteúdos do interior da pessoa da enfermeira, da criança, dos pais,...”* (1995, p. 193).

Compreendendo o fazer da enfermagem como um processo relacional de cuidar do outro em seu mundo-vida, percebo existir um verdadeiro partilhar neste encontro especial de pessoas consideradas em seu todo.

Procurando buscar significados nas relações vivenciais de nossos encontros de cuidar do outro, crescemos como pessoas e como profissionais, numa dimensão que envolve nossa consciência intencional. CAPALBO diz que:

*“Ela está aberta ao mundo e aos outros no entrecruzamento de suas experiências vividas no seio da família, desde a sua formação bio-física-psíquica-sócio-cultural. A consciência se volta para si mesma como consciência de si enquanto centro irradiador de intenções, desejos e vontades, de sentimentos e de ações. Em suma, consciência de si como um ego temporal e histórico”* (1994b, p. 195).

Fortificamo-nos em WATSON para compreender a abrangência do cuidado à criança maltratada e sua família.

*"O cuidado humano só pode ser praticado através de um processo interpessoal, subjetivo, que mantém vivo o sentido humanístico...Consiste em esforços transpessoais do ser humano para o ser humano, no sentido de proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando as pessoas a encontrar significados na doença, sofrimento, dor e na existência; ajuda a outra pessoa a obter autoconhecimento, controle e autocura no sentido de que a harmonia interior seja restaurada independentemente das circunstâncias externas" (1988, p. 255).*

Nos encontros interativos de cuidados à criança maltratada, ao defrontarem-se, cuidador e "ser" cuidado, emerge o reconhecimento de uma realidade desconhecida, que tem uma identidade própria, fazendo com que ocorra uma compreensão empática intencional.

Ao estabelecer suas relações no convívio social, é necessário compreender a formação e o desenvolvimento da matriz original, os vínculos estabelecidos com as figuras de apego.

PICHON-RIVIÉRE afirma:

*"Quando a criança depende totalmente de seu objeto mãe, deposita partes internas nela; e quando a mãe faz o mesmo, deposita na criança partes internas dela. Ocorre entre ambas o entrecruzamento de depósitos, criando para cada uma delas dificuldades para reconhecer o que é propriamente seu" (1982, p. 33).*

Os cuidadores, ao desenvolverem suas vivências de cuidado à criança hospitalizada por maus-tratos, expressam-nas de modo singular.

Prímula refere que: *“Para mim, o diálogo tem extremo significado, pois talvez ninguém tenha lhe dito que bater em um filho seja errado. Ou então, dizer-lhe: ‘Deixa teu filho na grama para brincar, ou até quem sabe no barro...’”*. Flox salienta: *“é preciso conversar com a criança..”*.

Percebo que o diálogo e a comunicação são reconhecidos como experiências educativas na relação pais e filhos. Entendendo o valor do diálogo, trazemos FREIRE: *“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão... o diálogo é uma ação existencial”* (1983, p. 92).

Procurando conhecer a criança desde os primeiros momentos da internação, Amarílis refere: *“Todas as crianças que lá internam, procuro saber, através do prontuário, o motivo da internação. E, de posse deste conhecimento, sempre dou tudo de mim.”*

Buscamos em SELLI,

*“...colocar-se no lugar do paciente para entender e reconstruir o seu sistema de significados na experiência que está vivenciando, só é possível quando há um profundo senso de inter-relacionalidade, precedida pela atenção, escuta, observação e respeito ao outro”* (1997, p. 163).

Continuando, esta enfermeira nos diz que *“o respeito enquanto princípio ético para a enfermagem transmite ao saber-fazer dos profissionais uma dimensão essencialmente humana”*.

Reconhecendo o compromisso da enfermagem com a criança nas 24 horas, Tulipa salientou: *“Para mim, a enfermagem é a personagem principal dessa*

*história, pois somos nós que acompanhamos 24 horas a criança no hospital e, por vezes, quem detecta o mau-trato... Sinto que é importante ter fé, esperança e lutar... ”.*

Para ZILLES,

*“A esperança é essencialmente a disponibilidade de um espírito que se engaja o bastante intimamente numa experiência de comunhão para realizar, apesar de toda a vontade e do conhecimento, um ato transcendental, o ato que estabelece a negação vital de que esta experiência é, ao mesmo tempo, a razão e premícia” (1995, p. 107).*

Encontramos apoio na fala de Amarílis: *“Assim como eu converso com eles, eu converso com Deus, pedindo-lhe proteção e amparo, e que me dê forças para conseguir recuperá-los. Muita fé é preciso.”*

Numa postura de presença autêntica diante da criança, Amarílis continua seu relato: *“... sinto uma satisfação pessoal pela oportunidade de estar vigilante com a criança e de cuidá-la, independente de sua comunicação verbal ou motora. Percebo o meu compromisso com a criança ao fazer a leitura de sua expressão facial de dor...”*. Referindo-se às mães, diz: *“Procuro dialogar com as mães que lá internam, pois não quero que elas tenham as dificuldades que eu sofri. Algumas aceitam... outras referem que erraram... e outras dizem ‘deixa como está’. Aí tu vais conquistando aquela mãe para que ela conquiste seu filho”*.

Dessa forma, compreendendo as limitações das mães, os cuidadores demonstram estar constantemente preocupados com a maneira de lidar com os pais neste colóquio.

Desenvolvendo o autocrescimento da criança, Tulipa expressou: *“Necessitamos protegê-las, ensiná-las a cuidar de si para torná-las independentes... o processo participativo é um meio que facilita este trabalho, integrando a família sempre que possível, preparando-a para a alta hospitalar.”*

*“Os enfermeiros se preocupam, no dia-a-dia profissional e fora dele, com os valores éticos que constituem seu agir ético e permitem perceber que fazem parte de sua existência não só profissional, mas também social de familiar” (GELAIN, 1991, p. 134).*

Ao desenvolver o cuidado, os cuidadores salientam as questões de vínculo. Tulipa: *“Joãozinho, a tia sabe que tu estás machucado e que isso dói, mas a tia está aqui para te cuidar e te ajudar”.*

WATSON (1988), em sua teoria transpessoal de cuidar/cuidado, entende a atitude de cuidar em enfermagem como o atributo mais valioso que temos a oferecer à humanidade. Considerando o homem como ser integral, o cuidar promove a sua dignidade.

*“O cuidado só pode ser praticado através de um processo interpessoal, subjetivo que mantenha vivo o sentido humanístico” (1988, p. 255)*

Nas relações interativas, o aspecto emocional é trazido por Flor Silvestre quando fala: *“Geralmente, são crianças carentes, debilitadas, sedentas por carinho, atenção e afeto. Às vezes, sinto-me impotente em atender a todas as suas necessidades, por ser um ser humano em desenvolvimento requer apoio, atenção e mais tempo disponível para tocá-las, acariciá-las. É como se fosse meu filho. Faz parte da gente.”*

Referindo-se aos pais, continua: *“Em sua maioria, emocionalmente abalados... descontando suas frustrações nas crianças... precisamos também tratar as mães”*.

As situações de maus-tratos têm colocado a mulher e a criança em um estado de debilidade emocional e física de impotência em relação ao agressor, prejudicando profundamente sua identidade e auto-estima (CASENAVE, 1993).

Para WATSON apud GEORGE, *“a essência da enfermagem é a interação enfermeira-cliente”* (1988, p. 265).

Centáurea desenvolve suas ações referindo: *“Geralmente, essas crianças passam a noite sozinhas, mas sempre que elas estiverem presentes, procuro ser modelo de ação de cuidado eficaz... Começo a avaliar meu cotidiano, será que o que eu faço é grande ou pequeno? Procuro então fazer sempre o máximo que eu possa, pois sei que o mínimo que eu fizer sempre vai amenizar seu sofrimento.”*

Violeta diz: *“Realizamos um trabalho integral ao cuidar da criança, também atendemos à família”*.

Prímula estimula as mães a estarem com seus filhos: *“Temos uma criança desnutrida e com lesões... iniciei uma orientação à mãe adolescente sobre sua importância... converse com ela, mesmo que não entenda suas palavras... é importante sentir sua presença.”* A valorização da participação da mãe que emana desta pessoa cuidadora, contribui para construir a interação favorável aos cuidados maternos à criança.

O cotidiano da vida de crianças vítimas de maus-tratos e por isto hospitalizadas, tem significados próprios, devido à ruptura em seus direitos elementares; o direito à infância, à família e à cidadania. Estas crianças necessitam, pois, da compreensão e ajuda para o resgate de seus direitos.

No desenvolver do cuidado, os cuidadores proporcionaram atendimento humano e modelos aos pais, estimulando o surgimento de laços afetivos significantes ao relacionamento familiar.

O processo de cuidar desenvolvido inseriu-se nos âmbitos ético e legal, devido ao comprometimento da dignidade do desenvolvimento e do respeito à criança, no presente, e pela gravidade de suas conseqüências, no futuro.

HARING, apud GELAIN, refere que:

*“Ethos compreende os comportamentos que caracterizam uma cultura, um grupo profissional, enquanto faz uso de alguns valores e uma escala deles. Compreende a tradição e a experiência comuns de um grupo, que se baseia numa hierarquia de valores. É a tentativa sistemática de iluminar o Ethos e de elaborar as perspectivas, as direções de uma profissão, de uma classe social. Moral compreende a realização subjetiva e pessoal da inserção de um indivíduo em sua profissão. A moralidade é então, a capacidade de agir segundo a consciência bem informada e de tomar decisões concretas, com uma atitude íntegra, com visão clara e com muito discernimento” (1983, p. 3).*

Ao vivenciarem os encontros de cuidado à criança maltratada, os profissionais de enfermagem participaram de um processo construtivo parental propiciador de crescimento à criança e sua família. Nesse encontro do profissional de enfermagem e o outro ser humano, vimos emergir momentos em que ambos compartilharam experiências.

Por vezes, estes momentos transcenderam o mundo físico e alcançaram o subjetivo, ocorrendo revelações do mundo vivido da criança maltratada e sua família. Percebo que é só através de uma postura autêntica e verdadeiramente reveladora que poderemos quebrar o ciclo de maus-tratos na infância.

Ao oferecer um contexto de cuidado, desenvolveu-se uma relação interpessoal envolvendo a enfermagem, criança e família, compreendendo também seu ambiente social. Para que pudessem aprender a reformular seus conhecimentos, crenças e comportamentos de cuidado à criança, foi proporcionado uma nova atitude, isto é, a inclusão do cuidado que a criança necessita para o crescimento e desenvolvimento saudável.

#### **5.4.2 Equipe interdisciplinar de ajuda**

*“O ato que me une com um ser sempre tem um caráter correspondente à atividade do pensamento que deve ser concebido como criador. A presença do tu emerge num contexto existencial” (ZILLES, 1995, p. 66).*

Ao sentirem-se engajados num “ser-com”, cada um dos profissionais cuidadores, possuidores de sua identidade própria, participaram da identidade dos outros colegas da equipe. Com a formação desta identidade coletiva, estabeleceram as relações que tornaram possível a aproximação à realidade do mundo vivido da criança maltratada de modo mais humano e compreensível.

Nesta caminhada conjunta, cada participante teve a oportunidade de crescer e desenvolver-se, compartilhando significados existenciais, compondo o seu todo, surgindo dessa relação de reciprocidade, ações de diálogo entre os cuidadores da criança maltratada e os demais membros da equipe interdisciplinar.

Percebo que esse relacionamento dialógico emergiu, basicamente, de uma postura intersubjetiva que possibilitou mudança de atitudes perante a criança hospitalizada por maus-tratos, ampliando os conhecimentos através de um saber unificado que visa à integridade do ser humano.

Compreendemos que o processo relacional de cuidar da criança maltratada requer um apoio interdisciplinar à equipe de cuidadores, devido à magnitude do problema e dos conflitos resultantes de suas ações terapêuticas que visam à proteção da criança.

Para MOSCOVICI,

*“um grupo se transforma em equipe quando passa a prestar atenção a sua própria forma de operar e procurar resolver os problemas que afetam seu funcionamento. Esse processo de auto-exame é contínuo...” (1994, p. 5).*

É com essa visão que, hoje, todas as crianças que são internadas com suspeita e/ou maus-tratos são encaminhadas ao Comitê dos Direitos da Criança - CDC, que desenvolve seus trabalhos de forma interdisciplinar, dando os atendimentos, encaminhamentos possíveis e, através de uma análise conjunta das vivências, aprender uns com os outros.

Relato, a seguir, as vivências dos sujeitos que compartilham com os demais membros da equipe, interdisciplinar, bem como com o Comitê dos Direitos da Criança - HCSA.

Orquídea comenta que *“ao receber um paciente maltratado, desenvolvemos um trabalho em equipe no CDC, atendendo todas as necessidades da criança. Para prevenir as reinternações, trabalhamos com as mães, estreitando os vínculos sem ‘julgar’ suas atitudes”*.

Reportamo-nos ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem - COFEN (BRASIL, 1996), por traduzir as essências de nosso compromisso. Dos princípios fundamentais, Cap. 1, Art. 1º.

*“Art. 1º - A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais.”*

Referindo-se à equipe interdisciplinar, Orquídea fala: *“Temos um trabalho integrado com o Conselho Tutelar que entrevista as famílias dessas crianças hospitalizadas, procurando apoiá-las. São também participantes ativos do Comitê dos Direitos da Criança - HCSA.”*

Amarílis manifesta que: *“A equipe é muito unida. Às vezes, temos poucos funcionários e os leitos estão todos ocupados; sempre dividimos nossos trabalhos. Se precisar assumir outras crianças também”*. Compreendemos que sua atitude é de estar-com a criança e ajudá-la, ao mesmo tempo que compartilha a responsabilidade do cuidado.

*“Pertencer a um grupo não significa ter as mesmas idéias, mas participar da mesma vida”*  
(FRITZEN, 1994, p. 65)

Continua, Amarílis, comentando sobre as crianças hospitalizadas por maus-tratos e diz que *“para ela ‘voltar a ser criança’ só será possível com a ajuda de Deus, o carinho afetivo de todos os membros da equipe, das outras mães de ‘pacientezinhas’ internados na mesma sala e da medicação que recebe... é necessário um trabalho por uma equipe interdisciplinar, como temos aqui no hospital o Comitê dos Direitos da Criança”*.

Os significados comportamentais emergem das experiências passadas, mas, sobretudo, das experiências atuais, no comunicar suas experiências.

Orquídea, em sua fala, expressa admiração pelo trabalho do Comitê dos Direitos da Crianças, pois *“é a primeira vez que vivencio este tipo de trabalho. Antes só via pela televisão... agora, sinto-me envolvida, dedicando-me profundamente em ajudar essas crianças”*.

Refletindo sobre as vivências significativas, trazemos MERLEAU-PONTY: *“O mundo não é aquilo que eu penso, mas aquilo que eu vivo; eu estou aberto ao mundo, comunico-me indubitavelmente com ele, mas não o possuo, ele é inesgotável”* (1996, p. 14).

Flor Silvestre refere: *“Penso que ao cuidar das crianças maltratadas e de suas famílias, devemos respeitá-los e tratá-los com carinho, afeto e com ajuda mútua da equipe. Só assim criaremos um ambiente familiar de união.”*

Dentro desse aspecto de interdisciplinaridade e possibilidades de um trabalho em equipe, Tulipa diz: *“É significativa a afinidade entre as pessoas que trabalham com essas crianças. Faz-se necessário um trabalho em equipe, psicólogo, médico, enfermeira, assistente social..., que interajam entre si, servindo de apoio em momentos de nossa angústia, pois o mau-trato permeia o nosso cotidiano”*. Segue relatando: *“Uma mãe, na enfermaria, percebeu atitudes estranhas de contato corporal por um padrasto com seu enteado e veio nos chamar”*.

Estas situações requerem vigilância permanente da equipe, demonstrando atitudes de ajuda e proteção à criança hospitalizada, servindo esse espaço para desenvolver ações educativas.

Percebo a importância de despertar em todas as pessoas presentes no contexto hospitalar, além da equipe, o espírito solidário e protetor às crianças, incluindo familiares presentes, mesmo que não estejam vinculados diretamente com a criança.

Orquídea revela que *“então vejo ser este um grande desafio para a equipe interdisciplinar, procurar entender o porquê dessas agressões terem sido dirigidas por seus familiares”*.

É partindo da prática do cuidado cotidiano, acompanhada de reflexões da equipe interdisciplinar, que estabelecer-se-á um modo prático com agir ético sintonizado na realidade e possibilidades de mudança no viver das crianças hospitalizadas por maus-tratos e suas famílias.

*A nossa atitude frente à criança é a linguagem dos sentimentos que temos em relação a ela” (EIDT, 1996, p. 4).*

#### **5.4.3 Hospital: *locus* para uma nova vida**

A hospitalização infantil, habitualmente, é percebida e descrita por psicólogos como fonte de traumas, hospitalismo, privações afetivas e sociais. Os cuidadores de enfermagem, ao experienciarem o cuidado da criança maltratada, possibilitam que o hospital seja o *locus* propício para o acolhimento da criança, no desvelamento do mau-trato existido e ao oferecimento de oportunidades reeducativas aos agressores. A hospitalização, constituindo-se, assim, num significado mais profundo e contribuindo para recuperação da vida de ambos.

Foi percebido pelos participantes desta investigação que o hospital é um *locus* em que os pais confrontam suas próprias deficiências, erros e delitos até então despercebidos: os seus “não-ser como pais”.

Tulipa, descobrindo as situações de maus-tratos que levam as crianças a serem hospitalizadas, referiu que *“a queimadura de ferro, pela mãe, no menino, por ser muito anterior, foi intencional”*.

Na convivência diária com as crianças e seus familiares maltratantes, os cuidadores de enfermagem se defrontam com os sofrimentos da criança,

causados pela agressão recebida e com o sofrimento dos pais pela suspensão ou perda do pátrio poder.

Mesclando estas vivências se defrontam com sentimentos dialéticos: promovendo ações de proteção à criança, podem não estar promovendo o bem dos pais.

Experiência significativa, também, foi a de Amarílis que constatou um estupro. *“Creio que ao denunciar o mau-trato, não fiz bem à mãe, mas fiz bem à criança, porque o padrasto agressor foi impedido de entrar no hospital e a criança passou a receber visitas somente do pai verdadeiro e da mãe.”*

Por esses relatos, posso entender FARINATTI, quando expressa sentir-se feliz pela oportunidade da criança maltratada chegar ao hospital. *“Esta internação possibilita trabalhar com sua família em relação ao esse momento vivido por eles...”* (1993, p.47).

Os significados expressados considerando o “hospital o *locus* para uma nova vida”, refletem a realidade experienciada. Flor Silvestre narrou ver *“que o hospital é uma nova oportunidade de resgate à vida para essas crianças e mães”*.

Percebo que para o enfrentamento do fenômeno maus-tratos é necessário oferecer conforto, privacidade e segurança. WATSON (1988), refere que um ambiente esteticamente planejado melhora a saúde pela promoção de autovalorização e dignidade.

Margarida compreende a internação de uma criança por maus-tratos como sendo um avanço. *“Agradeço a Deus por esta criança estar aqui dentro deste hospital”*.

Prímula sente a hospitalização como *“um renascer para a criança e sua família; é um redescobrir o mundo, a vida, o amor e o afeto”*.

Centáurea contou *“acredito que estar no hospital é como se libertar de uma situação ruim. Sair de um lugar sufocante...”*.

Amarílis refere que se sente realizada ao cuidar a criança maltratada, bem como as aidéticas, pois *“ambas sofrem, e buscam, no hospital, um modelo saudável de vida”*.

SELLI, discorrendo sobre princípios de bioética aplicados ao ambiente hospitalar, descreve:

*“A bioética no cotidiano está voltada para a exigência de humanizar os serviços de saúde, buscando articular a tecnociência com as necessidades que emergem dos pacientes e seus familiares, como a informação, o esclarecimento de dúvidas, permitindo-lhes agir e interagir em favor do processo da vida” (1997, p. 176).*

Tulipa expressa que *“o trabalho da enfermagem, durante a internação hospitalar, é muito importante porque, talvez, seja a única possibilidade de carinho que estas crianças encontrarão ao longo de suas vidas. Mas percebo que este significado é, também ambivalente: temos consciência de que o hospital é, também, um ambiente hostil e, por vezes, agressivo, despersonalizando a criança com um número, uma roupa e um diagnóstico”*.

SELLI faz considerações sobre:

*“Mesmo com as limitações impostas pela jornada de trabalho, a enfermagem reconhece a necessidade de conversar e explicar para os familiares do paciente o que vai ser feito...” (1997, p. 172).*

Ao nos atermos à narração de Flor Silvestre, percebemos como a hospitalização das crianças gera o desenvolvimento de sentimentos solidários. Estes sentimentos foram assim percebidos por ela, na existência das mães acompanhantes de outras crianças internadas. *“Quando a permanência da criança no hospital é prolongada e sem a companhia de sua mãe, muitas mães auxiliam, cuidando de outras crianças da enfermaria, além das suas, dando mamadeira, pegando no colo e acariciando: resgatando os vínculos perdidos. As crianças adoram, é legal.”*

A fim de educar os pais para o cuidado da criança maltratada, percebo através das falas de Madressilva a valorização dos momentos da hospitalização, tornando-os espaços relacionais para instalação de um cuidado renovador. Nesta perspectiva, enfatizou que *“cuidar da criança maltratada é dar igualdade para que ela se sinta bem em um ambiente hospitalar o mais familiar possível... Por isto, temos o Programa de Permanência Conjunta, no qual a mãe pode permanecer junto com a criança e vivenciar momentos de crescimento, possibilitando que na alta saia com novas perspectivas de vida.”*

## 5.5 - O cuidado ressignificando o viver

### 5.5.1 Vidas fragilizadas: as marcas indeléveis

*"A primeira e mais grave consequência do abuso físico (mau-trato) é o êxito letal, o qual tem significado epidemiológico. Há risco de repetição e de inúmeras seqüelas nos planos individual, emocional, intelectual e social" (FARINATTI, 1993, p. 33).*

Os sofrimentos experienciados pelas crianças maltratadas, em sua trajetória vivencial, deixam marcas em sua vida. Estas marcas são percebidas através de seu comportamento durante a hospitalização. Os cuidadores de enfermagem, ante a criança, procuraram reconhecer os significados de seu comportamento e sentimento vividos ao enfrentar as situações de maus-tratos sofridos por ela.

Os maus-tratos infantis emergem em nosso cotidiano através das ações inábeis dos responsáveis pelas crianças que, exorbitando o sentido de controlar, disciplinar ou punir, infringindo-lhes a violação de seus direitos. Mesclado ao abuso físico, dirigimos nosso olhar para a negligência que percebemos resultar do frustrado desempenho das funções parentais relativas à vigilância, à alimentação e à proteção.

Na visão do ECA (BRASIL, 1990), considera-se violação dos direitos da criança e do adolescente o conjunto de fatos e ocorrências que expressam impedimentos para a efetivação de potencialidades do seu crescimento e desenvolvimento.

Para VISCOTT

*"As crianças tendem a sentir-se inseguras e vulneráveis porque são pequenas até certo ponto indefesos e dependem da força dos outros. Têm que manter uma boa relação com seu benfeitor, o que implica não fazerem nada que os prive da relação protetora" (1978, p.47).*

Compreendemos que as crianças, mesmo que estejam em situações inseguras em suas famílias, ainda é este o espaço reservado para o seu ser no mundo.

Durante a hospitalização, ocorrem possibilidades da criança maltratada e sua família vivenciarem novas oportunidades de equilíbrio a sua saúde, durante o vivenciar de um cuidado autêntico com a equipe de cuidadores que planeja, a partir das perspectivas da pessoa, melhoria em sua qualidade de vida.

Freire diz: *"Somente os oprimidos libertando-se podem libertar os opressores. Estes, enquanto classe que oprime, nem libertam nem se libertam."* (1983, p. 46).

Ao analisar as relações de significação das ações educativas amenizando as marcas indeléveis, respostas dadas aos maus-tratos infringidos às crianças percebemos que requerem, segundo GADOTTI e GUTIERREZ, quatro aspectos.

*"1º) Fortalecer permanentemente as relações do cotidiano; 2º) Promover relações abertas; 3º) Identificar relações participativas; 4º) Alcançar e dar sentido às relações.*

*"Em síntese, trata-se de dar sentido a uma relação na qual entram a criatividade, a novidade, a incerteza, o entusiasmo e a entrega pessoal" (1993, p. 111-116).*

Ao abordar as vivências significativas dos sujeitos em estudo e suas ações de cuidado à criança hospitalizada por maus-tratos, denotam-se possibilidades de compreensão ao fenômeno em estudo.

Para Prímula: *"...ao internar uma criança maltratada, procuro recuperar os aspectos emocionais, dando carinho, afeto, segurança e demonstro que gosto dela. Assim, ela volta a brincar e a sorrir. Ensino-lhe a sorrir de novo, a ter e a sentir amor e a chorar quando for preciso..."*

Percebo que ao resgatar as possibilidades de externar as emoções, Prímula oportuniza um espaço existencial à essa criança, permeando de significados saudáveis esse momento em sua vida.

Referindo-se à mãe, a mesma participante diz: *"É necessário um certo contato...muito lento e delicado com as mães, elas necessitam ser cuidadas para transmitirem os cuidados à criança."*

Neste caminhar crescente de cuidar também das mães, encontro a valorização de seu potencial transformador

Buscamos nos recentes estudos de SELLI, que

*"a bioética enfatiza a importância da co-responsabilidade na tomada de decisão que envolve a vida de um ser humano. O agir cauteloso, ponderado, denota responsabilidade e respeito ao administrar uma situação em benefício do paciente" (1997, p. 139).*

Tê-los como parceiros nesse processo de cuidar é vital para uma recuperação integral da criança e de sua família. Como bem expressou Prímula,

necessitamos "estar-com" os responsáveis pela criança, sendo pontes de possibilidades para a mudança.

Na interação com as crianças, Flox revela que: *"...ao chegarem aqui, apresentam-se amedrontadas, perdidas, pois não nos conhecem...são carentes, necessitam de nossas presenças para protegê-las..."*.

Respeitando o Artigo 3º, do ECA - este cuidador percebe que este é um direito fundamental inerente à pessoa humana. *"...proteção integral...desenvolvimento físico, emocional, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade."*

Para Madressilva: *"...o abuso sexual é algo que vai "atrapalhar", psicologicamente, a vida desta criança, e isto muito me agride."* Vemos a sensibilidade desta cuidadora, confirmando as reflexões de FARINATTI, *"embora reine controvérsias a respeito da natureza e da extensão dos efeitos do abuso sexual sobre a criança, não há que negar as conseqüências devastadoras sobre o psiquismo"* (1993, p. 25).

Em relação à permanência dos pais durante a hospitalização de crianças maltratadas, Orquídea observou seus comportamentos e expressa sua fala: *"Tivemos uma criança muito deprimida, que foi necessário pedir à mãe que se afastasse, fosse descansar um pouco, tomar um banho. A criança, já fazia dois dias, que não se alimentava. Qual não foi a nossa surpresa, aceitou a alimentação em todos os horários de refeições, caminhou mesmo que precisando de uma pessoa, brincou e conversou. Então ela acordou, e acordou para a vida..."*.

Compreendemos que o mau-trato a essa criança está sendo, neste momento, permeado por ações de cuidado, possibilitando ressignificar sua frágil vida.

Com esse enfoque, Tulipa alerta que: *"Sinto que esta criança vive com pais desestruturados, porém, ela tem a sua história de vida, e que repetirá a história de seus progenitores se não fizermos algo para interromper essa problemática. Tudo está em nossas mãos. E o sentimento que passa é que se não fizeres nada, não é justo, não é honesto e nem profissional..."*

Movida por sentimentos de compreensão, ao fazer a leitura do mau-trato, Centáurea revela: *"O que dói é que essa criança nunca será uma criança normal ou um adulto sadio...hoje, sabemos que quem maltrata foi maltratado, e que sua história se repete. É por isto que precisamos romper com esta problemática...sinto ser importante valorizar a visita de familiares...através de nossas ações, podem recuperar laços afetivos fragilizados. Preocupando-se com o futuro destas crianças, a mesma participante expressa: "...como serão suas lembranças. Então engajo-me de corpo e alma para deixar-lhes as marcas positivas." Seu comprometimento é permeado em sua fala: "...vejo como é difícil às crianças irem embora na hora da alta hospitalar. Elas se apegam a nós e nós a elas. Já tivemos situações de crianças terem que ser arrastadas para irem com seus pais..."*

Compreender o impacto da violência social sobre a saúde mobiliza a equipe cuidadora a exorcizar os atos agressivos e desumanos, resgatando valores de integridade física, psíquica, moral e espiritual e ao "ser criança" em seu mundo-vida.

Na percepção de que todas as sementes plantadas um dia fortificam, acreditamos que esses pais e crianças, após essas experiências, tornaram-se diferentes a cada encontro.

### **5.5.2 O vínculo transformador**

O cuidar expressa o mundo interno de cada cuidador, sua compreensão de mundo, a percepção do outro que se expressa como ser dinâmico e singular. Nos processos relacionais construídos a partir da convivência dos cuidadores com a criança e suas famílias emergem possibilidades transformadoras do ser.

Ao vivenciarem a problemática das crianças e suas famílias, os cuidadores deixam emergir suas aspirações e emoções inerentes ao ser humano e as entregam ao outro como possibilidade de despertar-lhes um novo significado em suas vidas.

Encontramos em RECH:

*"O vínculo ou apego é uma propriedade de duas partes, numa relação diádica, tudo se inicia com a percepção ingênua do fenômeno, o mundo interno e externo são faces do mesmo todo. O homem está dentro do mundo e o mundo está dentro e fora do homem" (1995, p. 107).*

O transcorrer das vivências de cuidado trouxeram reflexões profundas, levando os cuidadores a enfrentarem as situações desafiadoras de maus-tratos, mesmo não se sentindo preparados em suas vivências acadêmicas.

Segundo GOETHE, apud RECH, *"tudo quanto puderes fazer ou creais poder, começa. A ousadia tem gênio, poder e magia"* (1995, p. 92).

Centáurea, participante desta investigação, diz que o começo de tudo é *"estar com as crianças e ajudá-las significa a essência da vida...após uma semana, algumas já não parecem ser mais as mesmas. Inicia-se um estabelecer de vínculos, elas começaram a confiar na equipe devido ao carinho que recebem...pode ser pouco, mas penso ser determinante para a família que começa a conhecer novos padrões de cuidado à criança, agora realizado com afeto e atenção"*.

A qualidade da interação na família nuclear proporciona relações estáveis entre homem e mulher, aumenta a segurança na educação dos filhos e, com isto, aumenta a qualidade das relações. A desestruturação desta relação leva a uma carência de segurança, ocasionando o mau-trato.

Diante dessas novas experiências de cuidados às crianças, Flox percebe que: *"...elas vão adquirindo uma confiança crescente em nós, demonstrando "sentir" quando nos dedicamos com atenção e carinho e entregando-se aos nossos cuidados."*

Conforme WATSON, apud GEORGE, *"um dos instrumentos mais poderosos que a enfermeira pode utilizar no estabelecimento de uma relação de ajuda e confiança é um modo de comunicação que estabelece harmonia e cuidado"* (1993, p. 256).

Margarida refere que *"nós, como enfermagem, ajudamos integrando a mãe, fazendo com que se aproxime mais da criança, estimulando-a a conversar com seu filho mesmo que ele não compreenda. Mas é assim que ele vai percebê-la diferente. Com frequência, vemos, então, as mães se modificarem após a internação de seu filho...é como se*

*nascessem de novo...começar a aprender agora. É a partir da internação que conhecem novos modelos de cuidado, oportunizando-os a uma mudança. Creio que vão melhorar".*

A maneira de ser dos cuidadores de enfermagem, em estar na vida da criança maltratada e de seus familiares, é percebido por esses profissionais como momentos que fortalecem a reflexão para um redimensionamento em suas relações de cuidar, oportunizando uma nova linguagem de sentimentos das crianças pelos seus pais.

Um dos mais profundos sentimentos que acompanha o comportamento é o vínculo. Vemos que na Teoria do Vínculo e na Teoria do Apego criada por BOWLBY (1990), ambas discorrem sobre a proximidade, a mais nobre causa do ser humano. Neste aspecto, Madressilva revela que: *"Ao acompanhar a internação, diariamente, vamos nos vinculando, e eles começam a confiar na equipe, tornando-se "companheiros" e até amigos."*

Amarílis relata sua experiência, dizendo: *"...Tivemos uma "princezinha" que não conhecia mais sua mãe quando esta chegou para visitá-la, após longo período de ausência devido à sua internação por HIV. A mãe, inconformada, pois a criança sorria para a colega de enfermagem e não a reconhecia. Disse-lhe, assim: Pega ela no colo, faz um carinho, que aos poucos ela vai te reconhecer...Mais tarde, a mãe procurou-me dizendo: Tinhas razão, ela já deu um sorrizinho, já está sabendo que sou sua mãezinha! Nestes momentos, eu me sensibilizo e choro..."*

WATSON (1988) ressalta o cuidado como sendo um modo de comunicação que estabelece harmonia na relação de ajuda e confiança, fundamentada em

características de compatibilidade, empatia e calidez. Importante esclarecer que a compatibilidade nos compromete com interações verdadeiras que requerem da enfermeira um comportamento honesto e aberto.

Tulipa complementa que tudo é significativo ao nos aproximarmos de uma criança e diz: *"Iniciar identificando-se e oferecendo-lhe brinquedos, formando um vínculo saudável...sei que a enfermeira pode implantar modelos saudáveis de novos vínculos entre mãe e filho..."*.

Conscienciosa, Tulipa ainda expressa: *"...o meu cuidado à criança proporcionou momentos que a levaram a revelar o abuso sexual sofrido, daí ela mudou totalmente o comportamento: vinculou-se mais à equipe, resgatando a auto-estima e hábitos corretos de higiene"*.

Valorizando o despertar para novos comportamentos, Prímula descobriu que: *"O contato com outras mães da enfermagem faz com que as mães percebam que não são só elas que têm esses problemas. Há momentos de muita reflexão, em que, por vezes, sentem-se culpadas e se acham verdadeiros monstros. Porém, vendo como outras mães melhoram, elas se encorajam em busca de um novo comportamento..."* Continua, dizendo que *"detectamos que muitas agredem para fugir de seus problemas...vêm o que outras fizeram e começam um processo de conscientização do erro. Neste momento, é importante mostrar que bater não resolve. 'É nosso dever alertá-los' e diz: "pois na rua, não encontrarão alguém que lhes diga isto... é necessário muito diálogo: 'Mãe, vale a pena bater no teu filho? Ele é um pedacinho do teu ser! É o teu 'mundinho', é teu e nunca terá outro igual.' Estes argumentos são ditos com muito jeito, calma e amor. Reconheço que as pessoas que convivem com estas crianças são um canal de ajuda a esta família."*

Para WATSON,

*"a mente e as emoções de uma pessoa são janelas para a alma...as transações de cuidado humano e a presença das enfermeiras na relação transcendem o mundo físico e material, presas no tempo e no espaço, e fazem contato com o mundo emocional e subjetivo da pessoa, como um caminho...uma sensação mais elevada..." (1988, p. 50).*

Demonstrando comportamento ético modelar, uma auxiliar de enfermagem é observada por Violeta que diz: *"Percebo que ela sente prazer em cuidar e atender essas crianças e suas famílias. Demonstra executar seu trabalho com afeto, carinho e amor, reforçando esses vínculos com a família."*

O vínculo de ajuda que emerge da prática do cuidado, em nosso cotidiano, acompanhado de reflexões, estabelece um modo significativo do nosso agir ético, sintonizado com a necessidade real de cada criança hospitalizada por maus-tratos e sua família. Assim sendo, estaremos valorizando-os como sujeitos responsáveis por suas vidas, substituindo a dimensão do anonimato pela dimensão do vínculo transformador, estabelecidos através das experiências partilhadas.

*"A doença é uma condição do ser humano... torna-se necessário a consciência dos valores e significados das vivências do paciente e familiares para transformar cada caso em um encontro humano" (SELLI, 1977, p. 173).*

### **5.5.3 Enfrentando os limites da abrangência do cuidado**

Conforme menciona MINUCHIN, *"O homem tem memória; é o produto de seu passado. Ao mesmo tempo, suas interações com as circunstâncias presentes apoiam, qualificam ou modificam a sua experiência"* (1990, p. 23).

Vivenciando o cuidado à criança e sua família nas situações de maus-tratos, percebo que a equipe cuidadora se defronta com os limites que lhe são impostos pelas circunstâncias do fenômeno. No momento em que nos é permitido cuidar da criança hospitalizada por maus-tratos, é necessário que a equipe esteja preparada para além do cuidado, captar o mundo vivido de nossos pacientes e suas famílias, compreendendo o caráter singular de cada ser-cuidado e, sobretudo, pensar nas possibilidades de oportunizar-lhes alternativas de abertura para encaminhamentos de ajuda junto à sociedade, com um olhar atento, no sentido de desvelar o fenômeno dos maus-tratos.

Em nosso cotidiano, vemos que o processo do cuidado envolve um processo educativo nas relações subjetivas com significados, consolidando possibilidades de um novo viver.

No cenário do cuidado à criança maltratada, encontra-se, além de sua família, a comunidade, incluindo suas instituições, a sociedade e o Estado. Nesse contexto é enfatizado o subjetivo conduzindo a uma compreensão das circunstâncias dos maus-tratos. Lembrando GADOTTI e GUTIERREZ (1993), o **subjetivo** e **objetivo**, por não serem excludentes e, sim, complementares, devem ser enfatizados, pois o primeiro concentra-se no conhecimento a partir do sujeito e o segundo a partir do objeto. Trata-se de estabelecer relações que tornarão possível a superação de uma razão imutável, por uma aproximação à realidade mais humanamente compreensível.

*“A cidadania plena, em desenvolvimento, com equidade, são antagônicos à construção de ‘ser’ pessoa, na vivência do abuso do mau-trato, da agressão dentro e fora de casa. Requer-se, assim, o estabelecimento de políticas públicas e programas de prevenção, sensibilização e tratamento que inclua toda a sociedade. O mal-estar percorre nossa própria espinha dorsal, o desafio passa pela transformação de nossas próprias condutas, de um exercício do poder democrático em todas as interações sociais... O silêncio não é mais que uma traição a nós mesmos” (CÁCERES, 1993, p. 225).*

Crises evitáveis de desenvolvimento infantil e parental nos encontros vivenciais da família e do indivíduo, descobertas durante a hospitalização requerem a aproximação de uma educação orientativa, conjunta com a comunidade. FARINATTI (1993) relata que se fazem necessárias ações preventivas dirigidas a toda a população, independentemente, de existirem, ou não, situações de risco. Enfatiza a identificação de famílias de risco, no sentido de evitar que o potencial maltratante torne-se real.

Saliento a responsabilidade da equipe profissional das maternidades em detectar precocemente as famílias em situação de risco, em implantar programas educativos e assistenciais com enfoque na prevenção do mau-trato na infância.

O engajamento das escolas em seus programas curriculares, o alerta permanente para a criança saber diferenciar contatos saudáveis dos contatos de abusadores, orientar as crianças a se conhecerem e saberem se defender, dizendo NÃO.

Temos presente a tomada de consciência das limitações da abrangência do cuidado se restritos somente ao ambiente hospitalar, através das falas dos participantes deste estudo.

Tulipa revela que *"quando ocorre reincidência, questiono-me: aonde foi que erramos? O que deixamos de fazer? Isto mexe comigo, pois este trabalho é feito em equipe e procuramos sempre nos reavaliarmos."*

Para Madressilva, a comunicação é de grande significado para alcançar a total abrangência do cuidado. Diz: *"Percebo que a comunicação é muito importante... tem mães que chegam ao hospital e saem sem falar conosco."*

Após o atendimento à criança e sua família, é programada a alta e, neste momento, Amarílis revela que: *"O que eu lamento é não saber sobre a continuidade do acompanhamento desta criança. A ausência do retorno não nos possibilita um feedback ao cuidado prestado."*

Procurando compreender os significados para os cuidadores sobre o momento da alta, relato as falas expressadas:

Violeta: *"Depois de vivenciarmos duas experiências difíceis quanto à alta hospitalar, planejamos melhor orientação às crianças desde o momento da internação... Sempre as despedidas são tristes, pois formamos vínculos, mesmo que saibamos que suas permanências são temporais."*

Amarílis percebe o sorriso da criança como demonstração de uma oportunidade de futuro melhor: *"Neste momento de alta, lembro-me de quando o vi*

*pela primeira vez, pensei... 'será que ele vai conseguir?'... e vendo-o agora, recuperado, caminhando, eu digo: 'querido da tia, que coisa mais linda que tu estás... foi quando ele deu aquele sorriso e falou algo que eu não entendi. É neste momento que tenho certeza de que esta criança merece uma 'chance' melhor'.*

Margarida, refletindo sobre o estar com as crianças, diz: *"A média de permanência dessas crianças é alta... alguns querem ir para casa, outros nem pensam em sair do hospital. Já vivenciamos problemas na alta, ora o paciente não quer ir embora, ora a equipe que não quer que ele vá. Na hora de ir embora, há choros e abraços."*

Caminhando com FREIRE, colhemos: *"Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, e na ação-reflexão"* (1983, p. 92).

Flox: *"Muitas vezes é necessário desvincular a criança da família de origem, pois são tão repetidas as internações por maus-tratos que a equipe interdisciplinar toma medidas de afastar a criança de seus pais."*

Sustentados pelo Art. 24, do ECA,

*"A perda e a suspensão do pátrio poder serão decretadas judicialmente, em procedimento contraditório previstos na legislação civil, bem como na hipótese de descumprimento injustificado dos deveres e obrigações a que alude o art. 22."* (BRASIL, 1990).

Cabe ao Comitê dos Direitos da Criança e aos Conselhos Tutelares comunicarem ao Ministério Público para as medidas legais cabíveis as situações que exigem determinação legal.

Ainda em relação a essa questão, Amarilis diz: *“Percebo que os dados que eu forneci contribuíram para a decisão do Comitê dos Direitos da Criança, levando à suspensão temporária do pátrio poder da mãe, que optou em permanecer com o companheiro maltratante.”* Sente-se comprometida em salvar a criança.

Essa postura bioética, para SELLI, requer *“uma constante interpretação dos fatos à luz de novas necessidades do paciente e do seu responsável... requer formação de grupos multidisciplinares, onde possam ser debatidos dilemas e impasses éticos”* (1997, p. 178).

Madressilva refere *“Ter consciência de que não conseguiremos aliviar todo o seu sofrimento.”* e Tulipa, numa ação de reflexão, expressa: *“Com certeza ‘aquela mão que apedreja tem, também, sentimentos para fazer carinho.’”*

Violeta, valorizando os apoios junto à comunidade, diz: *“Vejo também que, em contrapartida, conseguimos encontrar soluções. Pode não ser o ideal, mas é uma alternativa, a exemplo da Casa de Passagem, da FEBEM... Suas instalações são de boa qualidade, suficiente alimentação e uma satisfatória equipe para o cuidado.”*

Sabemos que no final desta década já vivenciamos um trabalho integrado com os Conselhos Tutelares, bem como com associações comunitárias que acompanham o trabalho do CDC durante a internação das crianças para uma tomada de decisão conjunta em seu benefício. Contamos com o apoio das “Aldeias SOS”, casa de acolhida, que se caracterizam por lares temporários ou famílias substitutas onde a criança recebe apoio emocional, segurança e condições para seu desenvolvimento social.

WATSON convoca a cada enfermeira a voltar-se para seu interior, confrontando suas próprias inquietações existenciais para conseguir ajudar as outras pessoas a defrontarem a difícil situação humana.

Os esforços legislativos para promover e proteger os direitos da criança na família e na comunidade têm uma contribuição significativa na direção de prevenir a violência familiar. Esta dimensão encerra a necessidade de ampliar a visão e perspectiva de mundo, enaltecendo os direitos da criança e incorporando os direitos dos pais como cidadão. Isto significa oportunidades para tornar saudáveis a experiência sofrida em seus mundo-vida.

FREIRE diz: *“Não há mudança sem sonho, como não há sonho sem esperança”* (1992, p. 91).

## REFLEXÕES EMERGIDAS DA CAMINHADA

Ao finalizar esta caminhada que me conduziu à Dissertação de Mestrado, percebi ter sido uma experiência singular. Senti-me como um ser-alpinista. Saí da planície do mundo-da-vida e fui em busca da plenitude do ser-pessoa-mulher-mãe-profissional. Muitos foram os momentos de reflexão sobre minha trajetória de vida, buscando captar os significados de minhas ações de cuidado junto à criança maltratada. Uma constante sede de saber me conduziu ao mundo-vivido de outros profissionais de enfermagem, buscando ampliar minha compreensão através dos seus significados do fenômeno mau-trato infantil. Algumas nuances foram descortinadas e com o olhar atento ao que emergia fui, aos poucos, descobrindo um novo cuidar.

Em minha trajetória no mundo do cuidado à criança hospitalizada, emergiram experiências pessoais e profissionais que me despertaram para a compreensão do fenômeno mau-trato infantil. Foi uma longa convivência com a equipe interdisciplinar que me ensinou a identificar as situações de maus-tratos e refletir, de maneira compartilhada, os caminhos a serem percorridos.

A descoberta da fenomenologia incentivou-me para uma nova compreensão do existir humano. Levou-me a percorrer um caminho que, aos poucos, está se construindo e me reconduzindo para um novo viver. Neste contexto de transformação interior, percebi a dimensão do existir do ser-criança maltratada em seu contexto sócio-cultural e a concepção de um modo próprio de cuidar.

Constantes desafios permearam meu caminhar... Mas não estava só. Várias pessoas estiveram presentes. Por vezes, receava cair, mas quem estava a me sustentar? Muitos..., todos que comigo convivem: minha amada família, minha orientadora e alguns amigos especiais, colegas verdadeiros e fraternos irmãos.

Percebi que as contribuições deste estudo não se esgotaram nesta reflexão. Isto significa uma busca constante, um ir e vir que desperta, a cada momento, novas nuances de compreensão do fenômeno.

Minhas inquietações, em parte, foram esclarecidas, porém, outras emergem como possibilidades de aprofundamento deste estudo.

Através de breves considerações, descrevo a seguir algumas reflexões surgidas no transcorrer desta investigação como uma síntese das essências por mim compreendidas.

Ao manifestarem o mundo-vivido, os cuidadores revelaram sua construção pessoal e profissional como um constante vir-a-ser. Surge, em minha percepção, o **Cuidador em constante devir**. Compreendo o cuidador

como um ser que traz consigo o significado de cada vivência experimentada, seja ela em sua trajetória pessoal ou profissional e o transforma em referencial que conduz sua intenção de cuidar. Ao relembrem as vivências, os sujeitos revelam que os significados surgiram a partir de sua relação com o outro, possibilitando-lhe uma construção particular de ser. A cada vivência, os cuidadores acrescentam novos elementos no cuidar.

Viver o cuidado, nas situações de maus-tratos, desperta no cuidador uma diversidade de percepções que foram construídas no transcorrer de suas vidas. Nesta visão, compreendi que o cuidado reflete a construção interna de cada cuidador.

O contexto do mau-trato infantil, no existir dos cuidadores, é permeado de emoções e sentimentos. Como diz COMIOTTO, "*Os sentimentos fornecem colorido ou significação da vivência experimentada pelo sujeito*" (1992, p. 82). Percebi o mundo dos sentimentos dos sujeitos como um desafio na busca de uma relação harmônica com a criança, sua família e colegas.

Ao refletirem sobre seu vivido, os sujeitos deixam emergir a consciência de seu constante-*vir-a-ser*, como um processo que entrelaça a singularidade de sua experiência ao conhecimento adquirido, transformando-o em sua epistemologia própria de cuidar. Nesta visão, compreendi o cuidado da criança-maltratada como um processo educativo, uma construção dinâmica e singular, que propicia aos cuidadores infinitas possibilidades de auto-educação. Percebo que os participantes deste estudo, ao revelarem suas experiências de maus-tratos, demonstraram coragem e confiança,

compartilhando momentos de suas vidas e auxiliando outros colegas para o manejo adequado no cuidado à criança maltratada. A singularidade de cada cuidador, quando compartilhada com os colegas, amplia os horizontes de reflexão, abarcando novos elementos do cuidar, emergindo **o despertar para a compreensão do fenômeno maus-tratos.**

A convivência dos cuidadores de enfermagem com a criança maltratada oportuniza-lhes conhecer e interagir com a família maltratante, abrindo espaços para construção de uma relação de ajuda que busca, em cada gesto, educá-los e conscientizá-los da importância do viver saudável da criança com sua família. Assim, os cuidadores no seu estar-com-a-criança e o seu agressor auxiliam na ressignificação dos modelos parentais, condição básica à prevenção de reincidências das agressões e a construir, conjuntamente, o cuidado desejado.

Para WATSON (1988), criança e seus familiares co-participam com as pessoas, e ao desempenhar as ações de cuidado podemos ajudá-la a ganhar controle, promovendo mudanças na saúde através de novos modelos de cuidar.

A fenomenologia permitiu-me olhar para a complexidade do ser humano, despertando-me para as transformações da práxis da enfermagem no contexto de saúde atual. Embora, em nossos dias, a Enfermagem ainda tenha suas ações centradas no fazer técnico, percebo, na expressão dos sujeitos, a busca do significado do cuidar, centrado no existir de cada pessoa. Ao manifestarem seus conflitos, surge **O processo de cuidar: a urgência.**

Os cuidadores, ao se lançarem ao mundo do cuidado da criança maltratada, foram motivados a buscar a compreensão desta dura realidade envolvidos pelo afeto, pelo respeito e pela dignidade. Ao estar com os cuidadores, senti a motivação expressada em suas falas como se quisessem transcender o mundo sensível dessas pessoas.

Lembrando MERLEAU-PONTY:

*“A partir do momento em que o homem se serve da linguagem para estabelecer uma relação consigo mesmo e com seus semelhantes, a linguagem não é mais um instrumento, não é mais um meio, ela é uma manifestação, uma revelação do ser íntimo e do psiquismo que nos une ao mundo e aos nossos semelhantes” (1996, p. 266).*

Percebo que a hospitalização pode significar, através de seus profissionais, um caminho para que essas crianças possam experimentar o afeto, o respeito e a dignidade. Evoco meu pensamento para um ambiente menos hostil possível sem indiferença ou agressividade. Que este possa ser como um ninho temporário que vise ao resgate da humanização de seu cuidado e encontre nos cuidadores de enfermagem modelos saudáveis, solidários e verdadeiros educadores percebidos como elo entre a família e a equipe interdisciplinar.

Enfatizo o valor de despertar nos familiares agressores a reflexão e a expressão de sentimentos, como tomada de consciência e busca de reparação. Se acreditarmos na responsabilidade pessoal, também acreditamos na possibilidade de mudança. Nós cuidadores, ao vivenciarmos essa realidade deveremos agir com cuidado, protegendo os direitos humanos e prevenindo a

violência. Omitir-se nas ações de cuidado, mantendo-se neutros, significa optar pela violência e pelo abuso.

Neste final de milênio, percebo as famílias desprovidas de apoio e valorização social. A globalização atinge todos os níveis sociais, levando-nos a questionar nossos papéis individuais e grupais. Questiono-me: aonde está inserida a família no contexto atual da sociedade?

WATSON (1988), ressalta a necessidade de pertinência das pessoas em fazerem parte de um grupo ou sociedade em geral.

Ao relacionar-se com as crianças e sua família, os cuidadores experimentaram a dialeticidade de sensações e perspectivas: a esperança se confronta com a desesperança, o amor se confronta com a raiva, o otimismo com o desânimo, o afeto com a agressão. Quando compreendido como atos eminentemente humanos e naturais abrem possibilidades para construção de uma realidade mais feliz e saudável para essas pessoas.

Percebo que, mais do que falar da criança maltratada é senti-la de perto, como foi relatado por Tulipa: *“Joãozinho, a tia sabe que estás machucado e que isto dói, mas a tia está aqui para te ajudar”*.

Reconhecemos que os cuidadores defrontam-se com uma sociedade que apresenta poucas alternativas de prevenção e auxílio às famílias vítimas do contexto de maus-tratos. Em nossa realidade, é visível a carência de recursos para a continuidade e acompanhamento das crianças após a alta hospitalar.

Diante deste cenário, os cuidadores de enfermagem co-participam do sofrimento da criança e sua família, compreendendo que ao prestarem os cuidados necessários a sua recuperação, oferecem-lhe a oportunidade de vivenciarem a quarta essência deste estudo: **O cuidado ressignificando o viver.**

Tenho consciência de que esta investigação surgiu com o propósito de suscitar reflexões sobre o processo de cuidar no âmbito da criança maltratada e trazer contribuições aos profissionais cuidadores destas crianças e suas famílias. Vislumbro que neste contexto humano os sentimentos expressados pelos cuidadores nos incitam a senti-los frágeis e necessitados de cuidados.

Certamente essas vivências que desafiam a estabilidade de sua harmonia interior serão menos sofridas se houver ao longo dessas experiências suportes terapêuticos propiciados pela Instituição e possibilidades de experiências educativas provedoras de capacitação profissional.

Compreendo que o cuidador deve ter sempre presente, em ações de cuidado, seu papel de educador, procurando despertar os familiares, durante a hospitalização, para novos modelos de cuidado às crianças. A ressignificação do cuidado possibilitará à família assumir uma relação parental renovada, comprometida com a criança como ser-no-mundo e para o mundo. Percebo que nós profissionais de enfermagem temos melhores condições de acolher a família da criança maltratada para que ela esteja aberta e compartilhar

conosco suas dificuldades e possamos a partir delas criar um cuidado próprio e singular.

Vejo a importância de ser repensado o ensino e sua prática de enfermagem à criança maltratada e sua família. As vivências acadêmicas curriculares) compartilhadas com os profissionais cuidadores e os do CDC podem contribuir ao reforço necessário de sentir e dar significado ao fenômeno mau-trato infantil.

Pensamos que outra forma de contribuição que este estudo traz à formação de profissionais consiste em propiciar reflexões embasadas nas dimensões e essências fenomenológicas desveladas deste estudo, pois acreditamos que oferecem perspectivas de cuidados necessários ao estar-com estas crianças e sua família.

Ao concluir este trabalho, desperta-me à lembrança os caminhos que percorri durante a sua construção e constato que meu percorrer é infindo.

Grandes mudanças vêm ocorrendo em minha vida. Não sou mais a mesma. Cresci e acresci novos valores com uma nova dimensão. Já não vejo o mundo com as mesmas imagens de antes. Meu olhar o vislumbra com novas nuances, com possibilidades de **ser** mais compreensiva, com o compromisso de ir além. O caminho é árduo e trabalhoso, porém cheio de verdades e realizações.

*“Minha esperança é necessária, mas não é suficiente. É que ela, enquanto necessidade ontológica, precisa ancorar-se na prática... É por isso que não há esperança na pura espera, nem tão pouco se alcança o que se espera na espera pura, que vira, assim, espera vã” (FREIRE, 1992, p. 11).*

# **A N E X O S**

## ANEXO A

Porto Alegre, 11 de dezembro de 1996.

Dr. Érico José Faustini  
MD. Direto Médico do HCSA

Sr. Diretor,

Venho por meio desta solicitar a V.Sa. autorização para a viabilização do projeto de pesquisa anexo, para a realização da dissertação de Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina - Extensão Pólo III - UFRGS, que visa estudar os significados existenciais das vivências profissionais da equipe de enfermagem cuidadores de crianças internadas por maus-tratos, cujos profissionais atuam na unidade de internação 1º B deste hospital.

No aguardo de sua liberação, desde já agradeço.

Atenciosamente,

Mestranda JANE ISABEL BIEHL

## **ANEXO B**

### **DECLARAÇÃO**

Eu, Auxiliar de Enfermagem e/ou Enfermeira da Unidade 1ºB do Hospital da Criança Santo Antônio, declaro estar de acordo em participar do Estudo “Significados existenciais das vivências dos profissionais da equipe de enfermagem cuidadores de crianças internadas por maus-tratos”. Estou ciente e concordo com a gravação desta entrevista, como forma de registro dos mesmos para posterior estudo pela Mestranda Jane Isabel Biehl, aluna do curso de Mestrado da UFSC - Expansão Pólo III, UFRGS, Porto Alegre.

Comprometo-me, outrossim, em guardar sigilo ético dos assuntos ali tratados e vivenciados.

---



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. 2. ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 1986.
- 2 ANSELMI, Cléa et al. Reação de ansiedade de uma equipe multidisciplinar frente à violência da agressão materna. In: CONGRESSO INTERNACIONAL SOBRE A PREVENÇÃO AO MAU-TRATO E NEGLIGÊNCIA NA INFÂNCIA, 1988, Rio de Janeiro, set. 25-28, 1988. Book of abstracts. Rio de Janeiro, 1988, p. 122.
- 3 ASSIS, S.G. *Quando crescer é um desafio social*. Estudo socioepidemiológico sobre violência em escolares de Duque de Caxias/RJ. Rio de Janeiro, 1991. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz.
- 4 AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo : Iglu, 1989.
- 5 BADINTER, E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. 5. ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1985.
- 6 BETTELHEIM, Bruno. *Uma vida para seu filho*. Tradução Maura Sardinha e Maria Helena Geordane. 11. ed. Rio de Janeiro : Campus, 1988.
- 7 BÍBLIA. *Bíblia Sagrada na linguagem de hoje*. São Paulo : Sociedade Bíblica do Brasil, 1988.
- 8 BIEHL, Jane I. *Construindo um cuidado interativo com as cuidadoras de enfermagem à criança internada por maus-tratos: uma prática no "Ateliê de Vivências"*. Porto Alegre: Mestrado Expandido UFRGS/UFSC, 1996. Relatório de Prática Assistencial em Enfermagem. Mimeogr.
- 9 BIEHL, Jane I.; OJEDA, Beatriz Sebben; PERIN, Terezinha; SILVA, Elisabete M. Serviço de Enfermagem - organização. *Manual de Enfermagem em pediatria*. Rio de Janeiro : Medsi, 1992. p. 16.

- 10 BRASIL. Lei nº 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. In: CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Manual de fiscalização*. Rio de Janeiro, 1993. p. 45-49.
- 11 BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. In: CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Manual de fiscalização*. Rio de Janeiro, 1993. p. 50-55.
- 12 BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL. *Estatuto da criança e do adolescente*. São Paulo, 1990. 50 p.
- 13 BRASIL. Constituição, 1988. *Constituição*: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. 292 p.
- 14 BOWLBY, John. *Apego, separação e perda*. 2. ed. São Paulo : Martins Fontes, 1990. v. 1.
- 15 BRUM, R.; CENTURIÃO, L. R. A violência contra os excluídos. *Humanas*, UFRGS, Porto Alegre, v.16, n.2, p.84-90, jul./dez. 1993.
- 16 CAPALBO, Creusa. Abordando a enfermagem a partir da fenomenologia. *Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p. 70-76, maio 1994a.
- 17 \_\_\_\_\_. Considerações sobre o método fenomenológico e a enfermagem. *R. Enferm.*, Rio de Janeiro, v.2. n.2, p. 192-197, out. 1994b.
- 18 \_\_\_\_\_. Alternativas metodológicas de pesquisa. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, Florianópolis, SC, 1984. p. 141.
- 19 \_\_\_\_\_. *Fenomenologia e ciências humanas*. Rio de Janeiro : J. Ozo, 1973.
- 20 CARVALHO, Anésia de Souza. *Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica*. Rio de Janeiro : Agir, 1987.
- 21 CÁCERES, A.O. Violencia contra las mujeres. *Violencia y derechos humanos*. Santiago de Chile : Comisión Chilena de Derechos Humanos, 1993.
- 22 CASENAVE, L.L. Psicopatología de la represión política y violación de los derechos humanos, pautas de tratamiento. *Violencia y derechos humanos*. Santiago de Chile : Comisión Chilena de Derechos Humanos, 1993.
- 23 COMIOTTO, M.S. *A entrevista fenomenológica em educação - apontamentos*. Porto Alegre: PUCRS, 1994.

- 24 \_\_\_\_\_. *Adultos médios: sentimentos e trajetória de vida*. Estudo fenomenológico e proposta de auto-educação. Porto Alegre, 1992. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Humanas e Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- 25 \_\_\_\_\_. Fenomenologia e psicologia em Amodeo Giorgi. In: SEMINÁRIO SOBRE PESQUISA FENOMENOLÓGICA NAS CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS, 1988, Rio de Janeiro: ANPESS; CBCISS, 1990.
- 26 COSTA et al. Relação enfermeiro-deficiente visual à luz da concepção de espaço e tempo em Merleau-Ponty. R. *Enferm.*, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p. 51-58, maio 1996.
- 27 DAVIS, N.Z.; FARGE, A. Do renascimento à idade moderna. *História das mulheres no ocidente*. Roma : Apontamentos, 1991. v.3.
- 28 DEL PRIORE, M. et al. *História da criança no Brasil*. São Paulo : Contexto, 1991.
- 29 DESLANDES, S. F. *Atenção à crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: analisado em serviço*. Cód. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 10, 1994. p. 177-187.
- 30 EIDT, O.R. Criança e adolescência em situação de risco. In: SEMINÁRIO CIDADES SAUDÁVEIS NO 3º MILÊNIO. Porto Alegre : Brigada Militar / Pontifícia Universidade Católica do RS, maio 1996.
- 31 ELSEN, I. et al. Buscando uma compreensão do conceito "criança saudável". *Texto & Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 20-35, jul./dez. 1992.
- 32 \_\_\_\_\_. *Marcos para a prática de enfermagem com famílias*. Florianópolis : UFSC, 1994.
- 33 FARINATTI, Franklin; BIAZUS, Daniel; LEITE, Marcelo Borges. *Pediatria social à criança maltratada*. Rio de Janeiro : Medsi, 1993.
- 34 FAZENDA, Ivani Catarina Arantes. *Interdisciplinaridade: um projeto em parceria*. São Paulo : Loyola, 1991.
- 35 FONTENEL, M.L. et al. *As mulheres no congresso revier*. Brasília, DF : Centro Feminista de Estudos e Assessoria, CFEMEA, 1993.
- 36 FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 12. ed. São Paulo : Paz e Terra, 1983.
- 37 \_\_\_\_\_. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 2. ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1994.

- 38 FRITZEN, Silvino José. *Relações humanas interpessoais nas convivências grupais e comunitárias*. 4. ed. Petrópolis : Vozes, 1994.
- 39 FURNISS, Tilman. *Abuso sexual da criança: uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.
- 40 GADOTTI, M.; GUTIERREZ, F. *Educação comunitária e economia popular*. São Paulo : Cortez, 1993. v. 25.
- 41 GELAIN, Ivo. *O significado do "êthos" e da consciência ética do enfermeiro em suas relações de trabalho*. São Paulo, 1991. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- 42 \_\_\_\_\_. *Deontologia e enfermagem*. São Paulo : EPU, 1983.
- 43 GEORGE, J.B. et al. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.
- 44 GIFFIN, Karen. A modernidade perversa e reprodução humana no Brasil. In: LEAL, M.C. et al. *Saúde reprodutiva, ambiente e desenvolvimento*. São Paulo : Hicciies, 1992.
- 45 GIORGI, Amadeo. *Phenomenology and Psychological Research*. Pittsburgh: Duquesne University Press, 1988, Cap. 7: Sketch of a psychological phenomenological method., p. 8-22.
- 46 GUALDA, D.M.R. et al. Abordagens qualitativas: sua contribuição para a enfermagem. *R. Esc. Enferm.* São Paulo, UFSP, v. 29, n.3, p. 297-309, dez. 1995.
- 47 HAMACHEK, Don E. *Encontros com o self*. Rio de Janeiro : Interamericana, 1977.
- 48 HELLER, Agnes. *Teoria de los sentimientos*. Barcelona : Fontamara, 1982.
- 49 HUSSERL, E. *A filosofia como ciência de rigor*. Coimbra, 1965.
- 50 KAPLAN; SADOCK, *Compêndio de psiquiatria dinâmica*. 3. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1986.
- 51 KEEN, Ernest. *Introdução à psicologia fenomenológica*. Rio de Janeiro : Interamericana, 1979.
- 52 KEMPE, C.H.; HELFER, R.E. *The battered child and neglected*. Chicago: Chicago University Press, EUA, 1974.
- 53 LIBÂNEO, José Carlos. *Didática*. São Paulo : Cortez, 1994.
- 54 LOPES et al. Fenomenologia e a pesquisa em enfermagem. *R. Enferm.*, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p. 49-52, maio 1995.

- 55 MADANES, Cloé. *Violencia: terapia de acción social. Perspectivas sistémicas*. Buenos Aires, 1996.
- 56 MAYEROFF, M. *On caring*. New York : Harper Perennial, 1990.
- 57 MARTINS, Joei; BICUDO, Maria Aparecida Viggiani. *A pesquisa qualitativa em psicologia. Fundamentos e recursos básicos*. São Paulo : Moraes, 1989.
- 58 MARTINS, Joel. *Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poíesis*. São Paulo : Cortez, 1992.
- 59 MAURIÑO, J.M.G; REVUELTA, J.A.F. Historia de la filosofía - Husserl. La fenomenología. *Cuadernos de Couy Selectividad*. 2. ed. España : Lhambra Longman, 1992.
- 60 MERLEAU-PONTY, Maurice. *Fenomenología de la percepción*. Barcelona : Península, 1975.
- 61 \_\_\_\_\_. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo : Martins Fontes, 1996.
- 62 MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro : Hucitec, Abras, 1993.
- 63 MINUCHIN, S. *Famílias, funcionamento e tratamento*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1990.
- 64 MORAES, Roque. Fenomenologia: uma introdução. *R. Educ*, Porto Alegre: PUCRS, n. 24, 1993.
- 65 MOSCOVICI, Fela. *Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano*. Rio de Janeiro : José Olímpio, 1994.
- 66 MUZA, G.M. A criança abusada e negligenciada. *J. Pediatr.*, Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Pediatria, p. 56-59, 1994.
- 67 NUNES, Dulce Maria. *A linguagem do cuidado*. São Paulo, 1995. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.
- 68 OJEDA, Beatriz Sebben. *Transformações paradigmáticas do cuidado a partir do "mundo vivido" de enfermeiras pediátricas*. Porto Alegre, 1996. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- 69 PICKLES, Sheila. *A linguagem das flores*. São Paulo : Melhoramentos, 1996.
- 70 PICHON-RIVIÉRE, Enrique. *O processo grupal*. São Paulo : Martins Fontes, 1982.

- 71 TRIVIÑOS, Augusto N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo : Atlas, 1987.
- 72 RAYA, L.C. *Da infância à adolescência; da teoria à prática*. São Paulo : Rio Claro, 1978.
- 73 RECH, Terezinha. *Reidentificação educacional: compreensão subjacente no desenvolvimento dos modelos parentais*. Porto Alegre, 1995. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- 74 RIBEIRO, I.M. *Interação: a enfermagem assistida à família da criança maltratada*. Florianópolis, 1990. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- 75 RICOEUR, Paul. *Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação*. Rio de Janeiro : Edições 70, 1976.
- 76 RIO GRANDE DO SUL. Governo do Estado. *Pelo fim das punições físicas contra as crianças*. Relatório da Assembléia Legislativa. Porto Alegre : Comissão de Cidadania e Direitos Humanos, 1996.
- 77 ROLIM, Marcos et al. *Relatório azul*. Comissão de Cidadania e Direitos Humanos da Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1995.
- 78 SANTOS, H.O. *Crianças violadas*. São Paulo : FCBIA, 1991.
- 79 SANTOS et al. *A criança maltratada: da prevenção à reabilitação*. 1º curso de proteção aos direitos da criança. Trabalho apresentado no 46º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Porto Alegre, 1994.
- 80 SANTOS, José Vicente Tavares dos. *A cidadania dilacerada*. *Zero Hora*, Porto Alegre, 24 ago.1996, Caderno Vida, p. 4.
- 81 SCHARER, Kathleen. Nursing intervention with abusive and neglectful families within the community. *Maternal-Child Nursing*, Pittsburgh, v. 8, n. 2, p. 85-94, 1979.
- 82 SELLI, L. *Beneficência, autonomia e justiça: implicações para o fazer de enfermagem*. Porto Alegre, 1997. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da UFRGS, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal de Santa Catarina.
- 83 STEIN, Emildo. *Aproximação sobre hermenêutica*. Porto Alegre: EDI-PUCRS, 1996.
- 84 VISCOTT, David. *El lenguaje de los sentimientos*. Buenos Aires, Argentina : Emece, 1978.

- 85 WALDOW, V.R. Cuidar/Cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar. a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995. p. 7-27.
- 86 WATSON, J. Nursing: human science and human care, a theory of nursing. Norwalk, Conn : Appleton - Century - Crofts, 1985; New York : National League of Nursing, 1988.
- 87 WHALEY, Lucille F.; WONG, Donna L. *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção coletiva*. 2. ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 1989.
- 88 YUNES, J., Mortalidad por causas violentas en la región de las Américas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, D.C., n.114. p. 302-316, 1993.
- 89 ZILLES, V. *Gabriel Marcel e o existencialismo*. 2. ed. Porto Alegre : EDIPUCRS, 1995.