



ATELIER DE VIVÊNCIAS: UM AMBIENTE PROPÍCIO À CONSTRUÇÃO DO CUIDADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA POR MAUS-TRATOS

Olga Rosaria Eidt¹
Jane Izabel Biehl²
Simone Algeri³

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo repensar e construir, a partir das vivências, sentimentos e expectativas das enfermeiras e auxiliares de enfermagem, uma prática assistencial às crianças hospitalizadas por maus-tratos familiares. A base metodológica foi a “Aprendizagem vivenciada em grupo”, denominada de “Atelier de Vivências”. O contexto da experiência concreta e reflexões trazidas e compartilhadas pelos cuidadores de enfermagem oportunizou perceberem-se e sentirem-se como pessoas que enfrentam no seu cotidiano o fenômeno criança maltratada e familiar agressor. Os significados emergidos do cuidado de enfermagem trouxeram também a legitimação de que o cuidador de enfermagem é um ser que necessita ser cuidado.

UNITERMOS: *criança hospitalizada por maus-tratos; cuidadores de enfermagem; atelier de vivências; percepções e sentimentos.*

1 INTRODUÇÃO

Felizmente, com a chegada do próximo milênio, deslumbramos novos tempos para a Enfermagem que nos impelem a refletir sobre a valorização de nossos próprios sentimentos e vivências pessoais e profissionais como fontes significativas para gerar uma nova prática assistencial. Extingue-se pois, a prática tradicional da assistência de enfermagem até então prevalecedora de relações verticais e, por isso mesmo, percebida por nós como fragmentada. Sentimos que esta excluía, para os profissionais de enfermagem, a expressão de seus direitos naturais como pessoas, bem como seus saberes, sensibilidades, respeito mútuo e liberdade de construir compartilhadamente uma prática assistencial própria, emergida de suas vivências cotidianas.

Refletindo em nosso tempo e espaço profissional vivido junto à criança internada por maus-tratos domiciliares, percebemos que esta incom-

pletude multidimensional fragilizava todos profundamente como seres humanos, seres cuidadores e seres cuidados.

Em nossas próprias trajetórias como membros do Comitê dos Direitos da Criança do Hospital Infantil sentíamos dificuldade em compreender o processo assistencial desenvolvido com a criança maltratada hospitalizada e com seu familiar acompanhante, uma vez que esta inter-relação – que preconizamos como essencial para acontecer – o cuidado não existia. Neste contexto, faltava-nos a percepção necessária para estar com eles e ajudá-los.

Nos propusemos então a um processo reflexivo compartilhado entre todos nós, auxiliares de enfermagem e enfermeiros, enquanto sujeitos atores desta prática assistencial, e encontramos no mundo teórico da educação e da enfermagem suportes éticos e educativos vislumbradores dessa inter-relação intencional e autêntica, de estar com o outro no fazer enfermagem.

Ao experienciarmos conjuntamente nossa proposta, percebemos que construíamos com eles um processo criativo singular de cuidado à criança hospitalizada devido a maus-tratos domiciliares e, por isso classificamos esses momentos de “Atelier de Vivências”.

1 Enfermeira Pediatra e de Saúde Comunitária. Doutora e Professora Livre Docente em Enfermagem Pediátrica.

2 Enfermeira Pediatra; Mestre em Assistência de Enfermagem.

3 Enfermeira Pediatra; Especialista em Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica.

2 PERCEPÇÃO DO FENÔMENO CRIANÇA MAL-TRATADA

Ao participarmos como enfermeiras da equipe multidisciplinar que cuida as crianças vitimizadas em seus domicílios e, por isso, internadas no hospital infantil, percebemos que estas exigem uma atenção especial da equipe de enfermagem que vai além do cuidado às lesões físicas, pois com frequência apresentam-se emocionalmente abaladas. Sempre nos foi intrigante seu olhar tristonho e desolador. Muitas vezes, ao chegarmos próximo de seu leito, percebemos que reagem com sentimentos ambivalentes, ora de rejeição, ora de apego. O que se passa no mundo interno dessas crianças? Como ajudá-las, conhecê-las melhor e cuidá-las? Como interagir com suas famílias durante a hospitalização? Como trabalhar com o estresse emocional dos cuidadores de enfermagem?

Motivada por estes questionamentos internos percebemos que a assistência de enfermagem tradicionalmente desenvolvida era segmentada, rotineira, centrada em modelo biomédico e, além de tudo, **não discutida** com a equipe de enfermagem cuidadora destas crianças. “Um diálogo em que há uma fé nos homens. Fé no seu poder de fazer e de refazer. De criar e recriar. Fé na vocação de ser mais, que não é privilégio de alguns eleitos, mas direito dos homens” (Freire, 1994, p.81).

Sentimos que é durante o contato da tríade – criança, família, crise – com uma equipe de enfermagem comprometida que este problema pode ser melhor desvelado, contribuindo ao seu rompimento. 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).

Prosseguindo, este renomado pediatra acrescenta que hoje sabemos que maltrato acontece tanto nas zonas rurais como urbanas, não poupa classe social, raça, religião ou nível educacional e são, em 85% dos casos, realizados por pessoa conhecida da criança ou parente: mãe, pai, padrasto, tio, avô, e outros. Atinge todas as idades, meninos e meninas, tendo maior frequência na faixa de 1 a 6 anos. É mantido em sigilo por longo prazo, contribuindo para a recorrência do fato. Também chamam atenção os estudos que comprovam existir uma recidiva em torno de (60%) em casos de maus-tratos físicos e (10%) letais, **quando deixamos o abuso em livre curso, sem intervenção**.

Em nossa experiência, vivenciada como enfermeiras pediatras, constatamos que a criança

maltratada apresenta um perfil vitimizado singular. Geralmente são menores, de nascimentos prematuros, com retardo físico ou mental, filhos não desejados, expectativa frustrada em relação ao sexo do filho(a) e crianças muito solicitantes e hiperativas. Nas famílias maltratantes existe sempre uma criança alvo.

Da mesma forma, identificamos o agressor com forte potencial maltratante; um grande número deles sofreram maus-tratos na infância, com privação ou rejeição afetiva. Trata-se de indivíduos com necessidades emocionais expressadas inadequadamente e provenientes de todas classes sociais. Chama-nos atenção indivíduos com isolamento geográfico emocional e social, mãe desamparada com atitude de privação e rejeição afetiva, usuário de drogas e álcool, imaturidade, falta de habilidade na função materna/paterna e doentes mentais e/ou retardo mental.

Em meio a este mundo nebuloso de uma infância maltratada **encontramo-nos com estes** seres situando-nos na **equipe de enfermagem**, cuidadora dessas crianças que nos chegam com fortes sinais de desnutrição, má higiene, retardo no desenvolvimento motor e emocional, lesões cutâneas, equimoses, queimaduras em regiões não usuais, cicatrizes, marcas e vergões de surras. Outras crianças apresentam lesões viscerais e/ou fraturas múltiplas, alopecias, nariz de “bouxer”, síndrome de Silvermann, descontrole térmico, depressão respiratória, depressão cardiovascular, arreflexia ou hiporeflexia, pupilas mióticas ou fotomotor lento ou ausente. Por vezes, estas crianças nos chegam com hipotonia generalizada e lenta recuperação do estado de coma com torpor, sonolência, delírios, alucinações e fala arrastada.

Esta mesma equipe, de súbito, conflitua-se com frequência entre sentimentos de rechaço aos responsáveis dessas crianças; porém, entendemos que esta não é a melhor conduta, pois os mesmos também necessitam de apoio e de orientação sendo, na sua maioria, vítimas de sua própria história na perpetração do maltrato.

Isto levou-nos, como enfermeiras pediatras, a repensar e a construir, a partir das vivências e expectativas dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, emergidas através do “Atelier de Vivências”, uma prática assistencial a estas crianças vítimas de maus-tratos domiciliares, frente às realidades que até agora auxiliamos a desvelar, em um novo contexto de cuidado interativo e com significados existenciais ao **ser cuidador** e ao **ser cuidado**.

Foi nosso objetivo também divulgar essas experiências compartilhadas a outros grupos assistenciais e acadêmicos, a fim de proporcionar subsídios às equipes de enfermagem receptíveis à adoção desta proposta.

3 BREVES CONSIDERAÇÕES LITERÁRIAS

A violência tem atraído para si o olhar atento da civilização em nosso cotidiano. Entre as vítimas dessa violência incluem-se as crianças maltratadas; embora esta situação não ocorra somente neste século, vemos apenas agora a sociedade despertar frente a este fenômeno. Muza (1994) descreve 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.

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; Wong, 1989). Como estas necessidades são básicas para o crescimento e desenvolvimento sadio da criança, a 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.

A compreensão de que o abuso e negligência contra a criança compromete o potencial de seu desenvolvimento só data a partir do século XIX. Foi com estudos publicados em Chicago, por Kempe e colaboradores (1974), que o maltrato à infância teve aceitação como objeto de investigação descrito em seu trabalho como "Síndrome da Criança Espancada".

Azevedo (apud Ribeiro, 1990) classifica os tipos de abuso existentes infringidos às crianças em: negligência, abuso físico, sexual, psicológico, trabalhista, policial, comercial e 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, quando hospitalizada. 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 maltrato: **os pais**, que em sua infância adquiriram potencial ao maltrato, 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.

Conforme Azevedo e Guerra (1989), o abuso físico inclui quatro elementos: a intencionalidade do agressor, as conseqüências do ato agressivo, o julgamento de valor de um observador e a fon-

te de critérios para o julgamento. Tem grande significado o relato das autoras em relação a **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).

É indiscutível que maltrato e negligência significa uma violação aos direitos da criança. Isso foi definido pela Constituição Federal (1988) e Estatuto dos Direitos da Criança e do Adolescente (ECA, 1990). A estimativa da Associação Brasileira de Crianças Abusadas e Negligenciadas é de 4,5 milhões de ocorrências de crianças vítimas de abuso e negligência por ano em nosso país, dados registrados por Deslandes (1994).

Frente a estas breves considerações, confrontamo-nos com um dilema pessoal e profissional: enxergamos uma sociedade injusta, onde a família maltratante não consegue interagir com os valores sócio-morais por transgredir as fronteiras de uma relação saudável familiar exatamente no ambiente em que eles próprios são as raízes. Necessitam de nosso apoio e questionamo-nos como pode a equipe de enfermagem cuidadora de crianças maltratadas, hospitalizadas devido a maus-tratos domiciliares, participar do seu processo de recuperação extensivo a seus pais, visando alcançar um viver familiar saudável.

4 O CAMINHO TEÓRICO METODOLÓGICO

O estudo que estamos descrevendo teve como locus uma unidade de internação pediátrica. Esta instituição é filantrópica. O hospital tem como missão atender crianças de 0 a 12 anos em nível ambulatorial e de internação provenientes, na sua maioria, de famílias de baixa renda.

Nesta caminhada conjunta – a de construir o cuidado no Atelier de Vivências com as cuidadoras de enfermagem à criança internada por maus-tratos domiciliares – à medida em que as incertezas, inseguranças, reflexões, questionamentos, sentimentos e vivências foram sendo clarificados e partilhados, alguns subsídios teóricos muito nos auxiliaram para a compreensão e construção da experiência assistencial vivenciada. Dentre eles, destacamos a transpessoalidade no cuidado de Watson (1988), o "Ciclo de Aprendizagem Vivencial" de Crespo (in Moscovici, 1994). Com relação à compreensão dos sentimentos do ser cuidado e dos cuidadores de enfermagem, valeu-nos muito os estudos de Viscott (1978), enquanto que para a compreensão histórico, cultural e social dos sujeitos recorremos à Freire (1983; 1994). Lembremos que os referenciais éticos e legais incluídos no Estatuto dos Direitos da Criança e do Adolescente (ECA -1990) e o Código de Ética dos

profissionais de enfermagem (Brasil, 1993) foram sempre respeitados durante a caminhada desta prática assistencial.

“Atelier de Vivências” como um ambiente propício ao “Ciclo de Aprendizagem Vivencial” em grupo.

Encontramos, principalmente na literatura de Moscovici (1994), a fonte de inspiração para a Metodologia do caminho percorrido, respeitando as particularidades do fenômeno, as contingências do momento, e as motivações e limitações naturais e humanas dos participantes, bem como a nossa nesta prática assistencial ora em construção.

Crespo (in Moscovici, 1994), propõe um modelo – **Ciclo de Aprendizagem Vivenciada em Grupo** onde considera importante nestes encontros, o desenvolvimento crescente de quatro estágios interativos assim diagramados.

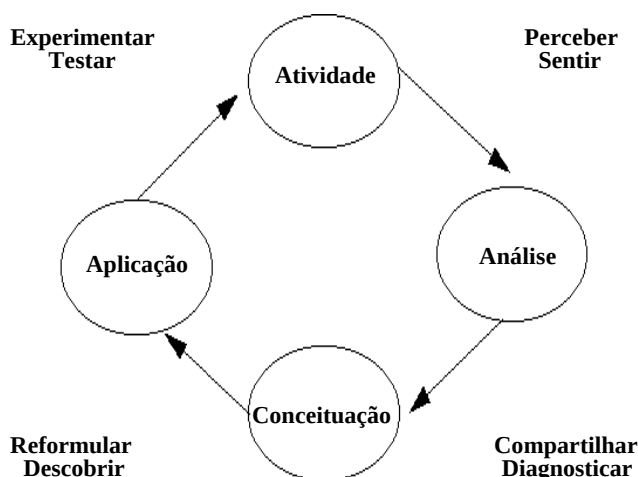


Figura 1 - Aprendizagem vivenciada em grupo (Crespo in Moscovici, 1994, p. 143).

5 EXPERIÊNCIA METODOLÓGICA VIVENCIADA

Inicialmente, o **primeiro passo** consistiu em uma experiência concreta ensejada por uma **atividade** (ação, experiência, missão e reflexão), trazida ao encontro pelos profissionais sujeitos desta prática. Foram momentos vivenciais que ocorreram de maneira única em cada membro participante. Oportunizou aos participantes do grupo perceberem-se e sentirem-se, como seres que enfrentam no seu cotidiano situações profissionais conflitantes.

O **segundo passo** consistiu em **analisar** compartilhando observações, sentimentos, aprendizagens e reações individuais com os demais membros do grupo. A variedade das experiências, bem como a diversidade das reações, ampliou o comprometimento dos cuidadores para novas perspectivas geradoras de cuidado.

O **terceiro passo** abrangeu as discussões das experiências vivenciadas em seus trabalhos, procurando descobrir as tendências, semelhanças e diferenças de reações existentes entre os participantes. Procuramos estabelecer o significado dessas características e as implicações que têm para a vida, como pessoa e profissional integrante de um grupo. Foi a busca de idéia, opinião, **conceituação...**

Emergiu então, o significado do **cuidado de enfermagem** a essas crianças, e descobriu-se oportunidades de cuidado ao ser cuidador. Percebemos então, que o grupo passou a investir mais em seu próprio crescimento, compreendendo seus objetivos e que, através da confiança entre as pessoas, descobriu a liberdade de falar sobre suas vivências profissionais, possíveis causas, motivos, abrangência de cuidados e superações necessários.

Finalmente, no **quarto passo** sentimo-nos instados a **aplicar** essas descobertas à situações reais de trabalho, exercitando novos princípios de comportamento – precursores da nova prática assistencial. Por sua vez, a prática construída coletivamente, constitui-se em **novas vivências** de trabalho e de ser trabalhador de saúde, o que faz renovar assim, o **Ciclo de Aprendizagem Vivencial**.

Experienciando-o com a equipe de enfermagem, composta por cinco auxiliares de enfermagem e cinco enfermeiros, percebemos que estávamos construindo tal equipe nestes encontros, um processo criativo singular de cuidado à criança hospitalizada devido a maus-tratos domiciliares, tornando-se também um processo de autoajuda e autocuidado, razão pela qual qualificamo-lo de “Atelier de Vivências”. Nestes momentos, à medida em que expressamos abertamente nossas experiências, sentimentos e expectativas, tivemos, conforme Viscott (1978, p.17),

“...menos necessidades de precaver-mo-nos com coisas que chamamos ameaça (...) 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.”

Continua este fenomenólogo relatando que:

“Não é possível captar a realidade sem ter em conta os sentimentos, as abstrações

do intelecto e a razão, 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” (p.17).

Assim como nós, pesquisadoras, professora e coordenadora do Serviço de Enfermagem, temos a nossa bagagem de conhecimentos, sentimentos e vivências, também os enfermeiros e auxiliares de enfermagem da prática assistencial têm as suas. Foram nestes encontros dialógicos que aprendemos a construção do cuidado de enfermagem transpessoal uns com os outros, oportunizando que o cotidiano fosse sempre um espaço que permitiu ler, compreender, expressar, assimilar e comunicar as vivências e perspectivas sobre este fenômeno. Assim, também crescemos como seres humanos e sociais.

No prosseguimento ao nosso “Atelier de Vivências”, já no 4º encontro, os sentimentos foram aflorando, fortes emoções apoderando-se de todos nós; sentimos então a necessidade de um apoio terapêutico continuado recebido da psicóloga membro do CDC.

Seguindo as recomendações de Crespo (in Moscovici, 1994), procuramos preparar o **ambiente** dos encontros de forma que fosse acolhedor, distante da área de trabalho, significando um convite à experimentar novas formas de comportamento e relacionamento. Todas as decisões, incluindo horários e periodicidade, foram compartilhadas. Esta estruturação informal permitiu participação intensa, criando um clima de liberdade e confiança e reforçando a identidade do grupo ao longo de nosso estudo.

Enfatizamos conjuntamente as questões de **sigilo** sobre todos os assuntos ali deliberados e vivenciados. Realizamos, para fins deste estudo, dez Ciclos de Vivências de Grupo e a forma de registro combinada foi a de gravação em fita cassete.

6 REFLEXÕES CONSTRUÍDAS DURANTE A CAMINHADA: SURGIMENTO DE NOVA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Ao longo dessa trajetória vivencial cada participante, enquanto sujeito da construção desta prática, representou uma pessoa muito especial para nós. Através de cada um deles percebemos a importância do cuidador como uma pessoa com sentimentos, experiências, percepções e necessidades. A sensibilidade de cada um, o seu potencial humano, político e social de ver o fenômeno, bem como suas experiências precedentes trouxeram-nos a reflexão e a crença de que o homem, só racional, já não tem mais lu-

gar na equipe de enfermagem. Por isso mesmo, tanto quanto a criança maltratada precisa ser cuidada para promover e recuperar sua identidade e ser resguardada de agravos maiores a sua saúde física, emocional, social e espiritual, também o profissional cuidador de enfermagem é merecedor de toda essa consideração. Nesse processo construído, surgiu um desvelamento de vivências que, ao referi-las, apresentam por si só o cuidado necessário à criança cuidada e ao ser cuidador.

“...Eu acho que só fazendo uma grande tempestade dessas idéias é que a gente vai começar a trocar percepções sobre o sofrimento da criança, e a visão que tenho sobre o agressor, que pode ser diferente da colega e no entanto, nós duas trabalhamos com a mesma criança. Então, por isso esse grupo é tão rico, porque a gente vai construir um conhecimento e dados em cima das nossas experiências individuais e em grupo.”

Durante os encontros houve uma interação dialógica gradativa, ocorrendo o desprendimento hierárquico, a compreensão, o respeito; escutar e olhar o outro, enfim, estar um com o outro ao abordar as experiências vivenciadas em relação ao fenômeno em estudo quando dizem:

“...nós talvez nunca tenhamos parado para perceber os nossos sentimentos, como a gente trabalha com “isso”, quanto a gente sente e quanto dói na gente e pra onde direcionamos “isso” como mecanismo de defesa...”

Indo mais além, referem percepções em relação aos pais: *“...aquela mãe desnaturada, aquele pai que bebe, e a gente precisa de um bode expiatório; afinal, alguém tem que assumir essa CULPA e de repente, pode ser minha culpa como profissional, pois é no meu bairro, ou é da escola ou do governo?”*

Muitas vezes, as crianças estão em potencial de maltrato, são internadas, e a equipe detecta a situação: *“...ele baixou com problema respiratório e nunca parava de chamar pela mãe. Porém, a criança teve alta e ela nunca apareceu. Não é um maltrato físico, mas é um maltrato emocional o qual não sabemos a extensão de sua seqüela.”*

Conforme percebemos, estas falas ficaram ocultas até então, pois estes profissionais eram “agentes assistenciais” e não atores no processo de cuidar. Essas experiências, como as que se seguem, eram motivos de fortes emoções, pois seus sentimentos e crenças pessoais permitiam percebê-los, mas estavam guardados para si, acrescentando mais desencantos aos desencantos já advindos da inoperacionalidade profissional e institucional de solução ao fenômeno criança maltratada.

Em relação à criança, uma auxiliar ao lembrar a situação vivenciada referiu: *“Porque tu*

vês, eu não digo nada, se vou falar, posso dizer algo que o deixe mais confuso, então prefiro ficar calada...

No 6º encontro a equipe iniciou os questionamentos sobre os maus tratos institucionais ou sobre a possibilidade do próprio cuidador de enfermagem ser maltratante à criança quando usa métodos de contenções mecânicas inadequados, NPO prolongado, suspensões de cirurgias, privações de conforto da mãe acompanhante, por não ter acomodações, falta de refrigeração ou aquecimento ambiental.

“...será que, nós sendo da área da saúde, aceitamos passivamente estas negligências e omissões e maus tratos físicos em nome de um “pseudo-procedimento”?... E a mãe da criança maltratada ou outro familiar, por que temos tanta raiva deles e não sentimos o mesmo de nós-equipe (maltratadora)?”

Para sair da consciência ingênua para a crítica lembramos Freire (1992, p.84) num processo conscientizador: *“o que não é lícito fazer é esconder verdades, negar informações, impor princípios (...).”*

A esperança de novos profissionais que se fazem cotidianamente foi assim significado por uma auxiliar de enfermagem, que há 20 anos vem trabalhando no hospital: *“...em toda a minha carreira aqui no Hospital, o que de melhor me aconteceu foram esses encontros. Vejam só! Na semana passada veio a mãe de uma criança que não aparecia desde a internação e a gente sempre sentia raiva quando elas chegavam, mas neste dia fiz diferente: recebi bem a mãe, lhe alcancei o neném e lhe disse: “Que bom que tu veio, olha, ele está morrendo de saudades tuas, pega ele no colo! Eu percebi que ela ficou contente por tê-la valorizado como mãe. E, sabem mais? Ela não foi mais embora... com essas experiências que eu vivi, percebi que é muito importante tratarmos bem as mães para que elas tratem bem seus filhos.”*

O desejo de tornar o hospital um lugar pleno de vida, reconhecendo as dificuldades dos familiares agressores: *“Dói muito, eu sofro quando as mães não aparecem.”*

Quanto aos maus-tratos por queimadura de cigarro, o sentimento expressado pelo grupo foi: *“Eu sinto raiva, desprezo, acho muito duro.”. “Eu me fecho, procuro não olhar ou falar com essa pessoa agressora”. “Não me sinto preparada para abordá-la. Sinto que precisamos ser preparados, pois a criança gosta é daquela mãe!”*

Colegas relataram situações de agressão às crianças e aos cuidadores dentro do hospital. *“... a mãe de uma criança quase agrediu a colega e a enfermeira teve que remanejá-la, então eu fui para lá. A mãe estava muito estressada, pois passara 12 horas sem dormir e não se alimentara adequadamente.”*

“Quando olhei o pai estava masturbando o menino na frente de toda a equipe e justificava que fazia isso porque assim o menino se acalmava. A primeira reação foi de surpresa; não esperava presenciar esta situação...”

O grupo refletiu algumas abordagens educativas com os pais, justificando sermos modelos, também ao dizer: *“Pega ele um pouco no colo”, lembrando-nos que a mãe justificou: “eu não dou colo pra nenhum deles, porque depois sabe, né enfermeira, pega balda, e daí não dá certo.” “Essa é a realidade de nossas crianças. São seres que convivem com restrição de afeto, carinho e muitas vezes, de alimentação...”*

Nesta evolução a equipe vivenciou um momento em que procurou entender que o maltrato é uma história de repetição, o que “alivia” um pouco a raiva depositada na família, e também percebeu que a exteriorização desse sentimento junto aos pais só atrapalha, pois é uma expressão agressiva. Afirmar essas já evidenciadas por Farinatti (1993).

Para Padovani (1994, p.51), *“precisamos nos permitir a raiva apropriada, senti-la, lidar com ela e ser capaz de manifestá-la. É esse o significado de assumir a responsabilidade pela vida. É em torno disso que gira a maturidade emocional.... Sendo assim, a raiva é virtude, ela nos ajuda a sermos sinceros, genuínos na conquista de um viver saudável, vibrante, a confiar e a amar, sendo capazes de oferecer nossa intimidade como seres cuidadores de outros seres”.* Uma de nossas colegas, após trabalhar a emoção da raiva, expressou sua reformulação no modo de perceber os pais: *“Não que eu comecei a admirar a mãe ou o pai, não foi isso. Mas consegui chegar neles. No início foi muito difícil, porque a gente acha que nunca deixaria isso acontecer.”*

Momentos estressantes aos cuidadores de enfermagem cercaram os cuidados à criança e sua família desde a admissão até a sua alta hospitalar. *“...eu acho que ajudei muito aquela criança e também a sua mãe...porém, me fragilizei ao extremo. Cheguei a negar as próximas crianças que lá internavam por maus tratos. Não queria nem vê-las, quanto mais cuidá-los. Queria negar, negar. Foi algo muito forte para mim. Foi algo como se tivessem me arrancado os braços e as pernas, tinha a sensação que havia passado um caminho por cima de mim, tão grande foi o envolvimento que eu tive com aquela família. Por isso, eu vejo importante compartilhar estas experiências neste **Atelier**, porque se naquele momento eu tivesse tido uma oportunidade, como hoje vivenciamos, talvez eu pudesse ter posto isto para fora; eu talvez não tivesse sofrido assim e negado tanto às outras crianças.”*

Percebemos que, ao analisar as experiências do cuidado à criança maltratada, de forma

compartilhada, evidenciamos necessidades de cuidar também do cuidador.

O desgaste é violento: *“... a pior coisa que poderia acontecer é achar que isso tudo é rotineiro ou enfrentar com normalidade... então esse trabalho no “Atelier de Vivência” com o grupo é fundamental. Porque vemos que a minha raiva é a mesma que a colega sentia e que eu também chorei e também sofri, e isso torna-se valioso no sentido de que conseguimos trocar sentimentos e nos identificar.”* Analisando seus próprios sentimentos em suas vidas, estas profissionais de enfermagem proporcionaram elementos de guia que permitiram estimular seus próprios desenvolvimentos ao manejar seus sentimentos colocando-os para fora; estes foram manejados construtivamente. (Viscott, 1978).

Ocorreram **questionamentos orientativos** no grupo, relacionados aos tipos de modelos que estamos sendo para os pais e crianças quando estes chegam ao hospital. Para uma enfermeira do grupo, a internação de uma criança maltratada significa *“um grito de socorro... quando então devemos ir ao encontro desses pais com uma postura especial de ajuda, resgatando o verdadeiro ser humano, lembrando que ela também é um ser em crescimento”*. Apresentamos ao grupo as possibilidades da internação ser um espaço de aprendizado aos pais, convivendo conosco. *“Será que a gente vai algum dia conseguir, através do nosso cuidado, resgatar essa mãe?”* Outra participante enfatizou que: *“se oportunizarmos um clima de confiança, ela pode se abrir contigo, e esse momento nós podemos falar alguma coisa para ela... Às vezes, eu penso: quem está doente? A criança ou o agressor? Eu acho que é a criança, mas o agressor e o seu companheiro, que é convivente, também são doentes e necessitam de ajuda.”*

Reconhecendo a violência doméstica, Deslandes (1994) reporta que a ação básica para a prevenção deste fenômeno é o reconhecimento da população demandante e a atuação assistencial requerida que inclui a atenção integral à família.

Foi de grande significado a necessidade de inter-apoio: *“devemos acreditar e fazer o nosso trabalho com amor. Sempre que tivermos dúvidas ou alguma dificuldade em relação aos pais ou à criança, devemos buscar ajuda junto à enfermeira ou outro membro da equipe multidisciplinar.”*

Minayo (1993), 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 e ama, participa e, assim, constrói um país saudável”*.

Esta citação reforça a crença gerada na vivência hospitalar: *“é nesse momento da internação que poderemos resgatar alguns cuidados*

que a possa aproximar de uma melhor qualidade de vida. A partir desse momento caótico vivenciado, possam surgir novos referenciais para abrir novos caminhos e oportunidades de ser mais. Muitas mães têm internalizado uma disponibilidade em querer ajudar a criança, parecem ter se arrependido do que fizeram.”

Freqüentemente, em nossos ciclos vivenciais, surgiram momentos de grande emoção, onde as lágrimas brotavam como expressão de nossos sentimentos. Uma colega enfatizou que: *“estes são sentimentos que nos acompanham em nosso dia a dia, e é super bonito, pois demonstram nossa humanidade”*.

Das situações de maus-tratos familiares, diz Farinatti (1993): *“fico feliz quando uma criança maltratada chega ao hospital, e que poderemos trabalhar com essa família, em relação a esse momento vivido por eles.”*

No decorrer das experiências vivenciadas neste Atelier descobrimos que estávamos experienciando um cuidado interativo através de um trabalho transpessoal. Nos fortificamos em Watson (1988 p.255):

“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 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 seja restaurada independentemente das circunstâncias externas.”

Conforme foi expressado por uma colega, *“... muitos destes pais não sentiam-se sujeitos, donos de um corpo ou responsáveis pela criança, a mãe a olhava e não conseguia visualizar a criança como uma extensão dela.”*

Foi muito reforçado em todos os momentos “o encaminhamento ao Comitê dos Direitos da Criança toda e qualquer suspeita de maus tratos com a maior brevidade possível.”

Os vínculos afetivos e a vontade de proteger sempre a criança necessitaram de reflexões especiais ao encaminhamento gradativo da alta hospitalar. *“Inconscientemente, nós não liberamos a criança para retornar à família, e quando chega este momento, todos sofrem.”*

Sobre a experiência compartilhada no “Atelier de Vivências”: *“Foi muito bonito isso, foi especial. É um trabalho visceral: ou tu entras, ou tu ficas ali na margem.”* Outra colega enfatizou: *“... se naquele momento eu tivesse tido um apoio, como hoje vivenciamos nestes encontros...”*

*“Eu vejo que o grupo cresceu muitíssimo, esse trabalho é muito rico.” Outra colega acrescentou: “Acho que esses “Atelier” nos esclarecem situações que estão na nossa “cara” e não vemos, porque nunca alguém sentou e falou conosco ou mostrou como se cuida nestas situações. No curso só se aprende as questões técnicas. Essas reuniões nos mostram que podemos **agir e como podemos agir...** Foi muito válido.”*

Como Freire (1994, p.94), dizemos: *“Aos que constroem juntos o mundo humano, compete assumirem a responsabilidade de dar-lhes direção – dizer a sua palavra equivale a assumir conscientemente como trabalhador a função de sujeito de sua história em colaboração com os demais trabalhadores – o povo.”* Reconhecemos que o grupo participante **transformou-se em equipe**, trabalhando juntos para a concretização desta prática assistencial. Compreenderam seu objetivo e estão engajados em alcançá-lo de forma compartilhada. Conforme Moscovici (1994, p.5): *“a equipe é um grupo com funcionamento qualificado.”*

Concluimos com a lição de Freire (1994, p.97), a de que não pode entender os homens e as mulheres, a não ser mais do que simplesmente **vivendo** histórica, cultural e socialmente **existindo** como seres fazedores de seu **“caminho”** que, ao fazê-lo, se expõem ou se entregam ao **“caminho”** que estão fazendo e que assim os refaz também.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecemos a contribuição de todos os sujeitos deste estudo, e sentimos terem sido estes momentos especiais e inéditos em nossas vivências profissionais e na história do Grupo de Enfermagem de um hospital infantil. Vivenciar questões que envolvem o cuidado das crianças internadas por maltrato domiciliar motivou-nos profundamente na construção de um cuidado interativo à criança e ao seu cuidador.

Observamos o crescente e pleno interesse da equipe pelos “Ateliers de Vivências” demonstrado em suas falas, quando expressaram suas vivências e sentimentos de forma singular em relação à criança e sua família no “Ciclo de Aprendizagem Vivencial”. Nossas posturas dialógicas e compreensivas sobre o fenômeno criança maltratada fez-nos sujeitos e levou-nos a acreditar no potencial da enfermagem junto com os pais contribuindo ao caminho de tornar os espaços do maltrato em espaços permanentes de cuidados.

Percebemos que a metodologia proposta nos oportunizou, como atores deste processo, experienciar mudanças no relacionamento, na comunicação, na auto-estima pessoal e profissional e na descoberta de nossos potenciais.

Acreditamos que um compromisso resultante desta experiência profissional é a legitimação de que o cuidador de enfermagem é também uma pessoa que necessita ser cuidada.

Nosso “Atelier de Vivências” despertou a dimensão humana e social em cada um de nós, transpondo-a às crianças vítimas de maus tratos. Os resultados obtidos neste trabalho trazem muitas indagações sobre o mérito do cuidado tradicional de enfermagem, que tende a valorizar as relações hierárquicas transmissoras de ações de enfermagem. cremos que a desabsolutização dos pólos da relação pedagógica desenvolvida, proporcionando que nós 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.

O apoio terapêutico de uma psicóloga ajudou muito a trabalhar as emoções emergidas e vislumbrar questionamentos orientadores, aprimorando o cuidado e proporcionando ao ser cuidador sentidas suas vivências e crescimento pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 AZEVEDO, M.A.; GUERRA, V.N.A. *Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder*. São Paulo: Iglu, 1989.
- 2 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.
- 3 BRASIL. *Constituição*, 1988. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. 292p.
- 4 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.
- 5 FARINATTI, Franklin; BIAZUS, Daniel; LEITE, Marcelo Borges. *Pediatria social à criança maltratada*. Rio de Janeiro: Medsi, 1993.
- 6 FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. 12. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1983.
- 7 _____. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.
- 8 KEMPE, C.H.; HELFER, R.E. *The battered child and neglected*. Chicago: Chicago University Press, EUA, 1974.
- 9 MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 2. ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abras, 1994.
- 10 MOSCOVICI, Fela. *Equipes dão certo: a multiplicação do talento humano*. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1994.
- 11 MUZA, G.M. A criança abusada e negligenciada. *J. Pediatr.*, Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Pediatria, p.56-59, 1994.
- 12 PADOVANI, Martin H. *Curando as emoções feridas – vivenciando os males da vida*. São Paulo: Paulus, 1994.
- 13 RIBEIRO, I.M. *Interação: a enfermagem assistida à família da criança maltratada*. Florianópolis, 1990. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

-
- 14 SCHARER, Kathleen. Nursing intervention with abusive and neglectful families within the community. *Maternal-Child Nursing*, Pittsburgh, v.8, n.2, p. 85-94, 1979.
- 15 VISCOTT, David. *El lenguaje de los sentimientos*. Buenos Aires, Argentina: Emece, 1978.
- 16 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.
- 17 WHALEY, Lucille F.; WONG, Donna L. *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção coletiva*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.
-
- Endereço da autora: Olga Rosaria Eidt
Author's address: Rua São Manoel, 963
90.620-110 - Porto Alegre-RS
-

ABSTRACT

The present study has the objective to rethink and to build a nursing assistance to a hospitalized abused child by his/her family, based on living experiences, feelings and expectations of nurses and auxiliary personnel. The methodological concept used was the "living learning experience into the group", defined as "living workshop". The thoughts brought and shared by the nursing caregivers, gave opportunity to the group to perceive and to feel themselves as people who face in their life routine the phenomenon called "abused child" and "family member-aggressor". The meaning aroused from the nursing care legitimated the fact that the nursing caregiver is the one who needs to be cared.

KEY WORDS: *hospitalized abused child; nursing caregivers; living workshop; perceptions and feeling.*

RESUMEN

El presente artículo tiene como objetivo repensar y construir una práctica asistencial para niños hospitalizados por maltratos de los familiares, a partir de las vivencias, sentimientos y expectativas de enfermeras y ayudantes de enfermería. La base metodológica de la "oficina de vivencias" fue la aprendizaje a partir de las experiencias vividas en el grupo. El contexto de la experiencia y las reflexiones compartidas por los cuidadores de enfermería, criaran la oportunidad para que los miembros del grupo diesen cuenta y sentiesen a ellos mismos como personas que enfrentan, en su cotidiano, el fenómeno del niño maltratado y familiares que maltratan. Los significados emergidos de los cuidados de enfermería también legitimaron que el cuidador de enfermería es un ser que necesita de cuidados.

DESCRIPTORES: *niño hospitalizado, cuidadores de enfermería, oficina de vivencia, percepción, sentimiento.*
