



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Angelo, Margareth; Isidoro Prado, Simone; Cascaes Cruz, Andréia; Oliveira Ribeiro, Moneda
Vivências de Enfermeiros no Cuidado de Crianças Vítimas de Violência Intrafamiliar: Uma Análise
Fenomenológica

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 22, núm. 3, julio-septiembre, 2013, pp. 585-592
Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71428558003>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

VIVÊNCIAS DE ENFERMEIROS NO CUIDADO DE CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR: UMA ANÁLISE FENOMENOLÓGICA

Margareth Angelo¹, Simone Isidoro Prado², Andréia Cascaes Cruz³, Moneda Oliveira Ribeiro⁴

¹ Livre-docente. Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). São Paulo, São Paulo, Brasil E-mail: angelm@usp.br

² Mestre em Ciências. São Paulo, Brasil. E-mail: simone_isidoro@ig.com.br

³ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEUSP. São Paulo, São Paulo, Brasil. E-mail: deiacascaes@usp.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Psiquiátrica da EEUSP. São Paulo, São Paulo, Brasil E-mail: moneda@usp.br

RESUMO: O propósito deste estudo foi compreender a vivência dos enfermeiros no cuidado à criança vítima de violência intrafamiliar. Utilizando a abordagem social fenomenológica de Alfred Schütz, foram entrevistados 15 enfermeiros que atuavam em unidades de emergência, cuidados intensivos e de internação pediátricas. A análise, pautada na Teoria Motivacional de Schütz, permitiu a descrição do tipo vivido, apoiado em três categorias que expressam aspectos significativos da experiência do enfermeiro: o contato com a violência, reações ambivalentes e atitude profissional protetora. O mundo-vida dos enfermeiros que cuidam de crianças vítimas de violência intrafamiliar é composto de diversas dimensões que geram um constante estado de atenção, e reações que causam revolta, inquietação, tristeza e sensação de impotência, as quais precisam ser internamente manejadas no transcorrer de seu atendimento.

DESCRITORES: Violência. Criança. Família. Enfermagem. Pesquisa qualitativa.

NURSES' EXPERIENCES CARING FOR CHILD VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE: A PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS

ABSTRACT: The purpose of this study was to understand the experience of nurses in their care of child victims of domestic violence. Using the phenomenological social approach by Alfred Schütz, 15 nurses who work in emergency, intensive care and pediatric inpatient units were interviewed. Analysis based on the Motivational Theory of Schütz allowed the description of the lived type, supported by three categories that express significant elements of the nurse's experience: contact with the violence, ambivalent reactions and protective professional attitude. The lifeworld of the nurses who care for child victims of domestic violence is composed of various dimensions that generate a constant state of attention, and reactions that cause indignation, anxiety, sadness and a sense of helplessness, which need to be internally managed in the course of his/her care.

DESCRIPTORS: Violence. Child. Family. Nursing. Qualitative research.

VIVENCIAS DE LOS ENFERMEROS EN EL CUIDADO DE NIÑOS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR: UN ANÁLISIS FENOMENOLÓGICO

RESUMEN: El propósito de este estudio fue conocer la vivencia de los enfermeros en el cuidado de los niños víctimas de la violencia familiar. Basado en enfoque fenomenológico social de Alfred Schütz, se entrevistaron 15 enfermeros que trabajan en las salas de emergencia, cuidados intensivos y unidad de hospitalización pediátrica. El análisis, basado en la teoría de la motivación de Schütz, permitió la descripción de la vivencia apoyada en tres categorías que expresan los aspectos significativos de la experiencia del enfermero: el contacto con la violencia, las reacciones ambivalentes y la actitud profesional de protección. El mundo de la vida de los enfermeros que cuidan a los niños que son víctimas de la violencia familiar se compone de varias dimensiones que crean un estado de atención constante, y las reacciones que causan la ansiedad, la tristeza y la impotencia, los cuales deben ser manejados internamente por los enfermeros en el curso de su cuidado.

DESCRIPTORES: Violencia. Niño. Familia. Enfermería. Investigación cualitativa.

INTRODUÇÃO

A violência intrafamiliar contra crianças ou adolescentes corresponde a qualquer ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física ou psicológica, ou a liberdade e o direito de desenvolvimento dessa população. O fenômeno das violências e acidentes pode ser considerado endêmico em muitos países, entre os quais o Brasil, tornando-se um grave problema de saúde pública, representando em 2009, a terceira causa de morte na população geral, e a primeira na população de 1 a 39 anos.¹ A violência contra a criança e o adolescente engloba conceitos específicos de violência física, psicológica, sexual e de negligência,² estando relacionada a fatores pessoais e sociais. Interações significativas são encontradas entre as experiências de castigos corporais na infância e percepções de afeto e apoio paternal e impulsividade durante a disciplina, e a previsão de atitudes em relação ao espancamento.³

No Brasil, as estatísticas revelam que as taxas de violência contra crianças e adolescentes são significativas. Todavia, a falta de homogeneidade em relação às questões metodológicas e às faixas etárias populacionais, bem como à concentração dos estudos realizados em determinadas áreas do país, tornam difícil o traçado de um panorama real e geral da situação do problema em âmbito nacional.⁴ Em contexto global, as pesquisas sobre essa temática têm enfoque nas causas do problema e nas consequências físicas e emocionais para a criança e/ou adolescente que vivenciam a violência, sobretudo quando esta ocorre no contexto familiar.⁵

A abordagem à criança vítima de violência no ambiente hospitalar, principalmente quando o agressor é um membro da família, é tarefa de difícil manejo pelos profissionais, pois muitas culturas mantêm crenças, normas e instituições sociais que legitimam e por isso perpetuam a violência.⁶

Atender e acolher a criança vítima de violência intrafamiliar requer do enfermeiro muita habilidade, conhecimento e abnegação de sentimentos inerentes à situação, já que a família também está inserida nesse contexto de cuidado. Uma atitude ética implica imparcialidade nas ações; deste modo, para ser ético no atendimento de casos de violência à criança, o enfermeiro precisa empenhar-se para evitar que a criança seja entregue ao agressor e, ao mesmo tempo, não ser hostil com os familiares.⁷

Diante dessa complexa situação, constantemente presente no cotidiano dos enfermeiros que atendem populações pediátricas, o presente estudo

teve como elemento propulsor o seguinte questionamento: como o enfermeiro vivencia o cuidado à criança vítima de violência intrafamiliar?

Deste modo, o objetivo desse estudo foi compreender a vivência dos enfermeiros no cuidado à criança vítima de violência intrafamiliar, em unidades pediátricas de emergência, cuidados intensivos e internação.

MÉTODOS

Para atender ao objetivo desse estudo foi utilizado o referencial teórico-metodológico da Fenomenologia Social de Alfred Schütz,⁸⁻¹² o qual parte do pressuposto de que as ações das pessoas são motivadas não somente por motivos psicológicos, mas também existenciais, e que para agirem baseiam-se em experiências prévias, nas tipificações em relação ao mundo e na soma de seus conhecimentos. As crenças e convicções do grupo são reais e fazem parte da experiência vivida⁸.

A conduta motivacional é referida como um conjunto dos motivos, onde as motivações do indivíduo apontam para o futuro (motivos para) e explicam o projeto em função das vivências passadas, da bagagem de conhecimento adquirida pela vivência pessoal e transmitida pelos antecessores (motivos por que). Para o tipo vivido, segundo Schütz, existe um só motivo típico no que diz respeito a um ato típico, originário da mesma base do contexto de significados. O tipo vivido está determinado sempre em si mesmo, pelo ponto de vista de intérprete, permitindo uma nova perspectiva, e variará de acordo com seus interesses e problemas.⁹⁻¹⁰

Foram definidos como participantes do estudo: enfermeiros com experiência no cuidado à crianças vítimas de violência intrafamiliar, em unidades de emergência, terapia intensiva ou internação pediátricas da cidade de São Paulo. O recrutamento dos enfermeiros foi realizado por amostragem definida como “bola de neve”, em que o pesquisador solicita aos primeiros informantes que indiquem outros participantes para o estudo.¹² A abordagem dos participantes deu-se por contato direto da pesquisadora principal, que após obter consentimento verbal e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos mesmos, realizou entrevistas semiestruturadas para coleta dos dados. Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra para análise. Participaram do estudo 15 enfermeiros, sendo 14 do gênero feminino e um do gênero masculino,

com idade entre 27 e 48 anos, e tempo de formação variando de três a 12 anos.

Para a realização das entrevistas foram utilizadas as seguintes perguntas norteadoras: como você vivencia o cuidado à criança vítima de violência intrafamiliar? O que você espera com seu atendimento? Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra para análise.

Com base no referencial teórico-metodológico adotado, a etapa de análise dos dados foi realizada com leituras e releituras atentas e cuidadosas do material transcreto, visando apreender o contexto motivacional dos enfermeiros no cuidado à criança vítima de violência intrafamiliar, seguindo os seguintes passos: a) agrupamento dos aspectos significativos dos discursos; b) identificação de convergências de conteúdos compondo categorias, as quais abrangeram atos dos participantes e significados do ato social; e c) identificação da tipicidade do discurso, visando a obtenção da tipologia vivida.

A pesquisa foi conduzida seguindo os preceitos éticos contidos Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS 196/96) e na Declaração de Helsinki, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Processo 798/2009/ CEP-EEUSP).

RESULTADOS

As unidades de significado resultantes da análise, que explicam o contexto motivacional dos enfermeiros no cuidado à criança vítima de violência intrafamiliar, foram organizadas em três categorias (motivos por que): a) O contato com a violência; b) Reações ambivalentes; e c) Atitude profissional protetora. Cada categoria, por sua vez, abrange diferentes subcategorias, possibilitando uma melhor compreensão da vivência investigada.

O contato com a violência

Reflete o contexto da vivência do enfermeiro no cuidado à criança vítima de violência intrafamiliar.

Atenção à violência

O contato cotidiano com a violência à criança desperta no enfermeiro um estado de atenção, que o mobiliza a identificar sinais de alerta para detectar a violência. A atenção à violência está relacionada à experiência profissional do enfermeiro, proveniente de sua interação cotidiana

com a criança e/ou com a família. Suspeitar de violência requer a percepção, às vezes subjetiva, de que algo está errado com a criança, devido às alterações físicas ou comportamentos suspeitos. Esta percepção demanda experiência e capacidade de observação adquirida ao longo de sua vivência no cuidado de crianças vítimas de violência.

O enfermeiro fica atento à violência diante de situações como:

a) diagnóstico que pode dificultar a detecção da violência, presente em situações em que a criança apresenta sinais e sintomas associados a alguma patologia.

Eu [enfermeira] tive um caso de uma criança que a gente [equipe] suspeitava de osteogênese imperfeita. Depois da terceira vez de internação é que a gente [equipe] viu que era agressão [...] (E3).

b) presença de sinais inespecíficos na criança, como choro intenso à manipulação, perceber a criança triste ou assustada com questionamentos feitos pela equipe ou diante da presença do susposto agressor.

A gente percebe [a violência] pelas atitudes da criança, a forma como ela trata a gente, durante uma conversa a gente vê que tem algum problema [...] era uma criança que gostava de brincar, mas com a presença da mãe ela ficava triste [...] (E11).

c) sinais indicativos de violência, que levam o enfermeiro à realização de exame físico minucioso na criança, reconhecendo a possibilidade da criança ficar muito assustada, devido a contingência de ser vítima de violência constante.

A gente vê que [a violência] é muito traumizante [para a criança], [a violência] influencia muito no seu viver e no seu desenvolvimento [...] (E14).

Constatação da violência

O enfermeiro busca confirmar a violência à criança por meio de alterações físicas, exames complementares e relatos da criança e/ou do familiar. Para o enfermeiro, a confirmação desse tipo de violência desencadeia muita preocupação, uma vez que observa a ocorrência de tal evento em muitas famílias.

[...] hoje em dia, dificilmente não passa um mês que você não tem um, dois casos assim de maus tratos, abuso sexual [...] (E15).

Por acreditar que a mãe deve ser aquela que luta pelo filho e o acolhe constantemente, o enfermeiro sofre ao tentar compreender a decisão de mães que, embora saibam da prática de violên-

cia à criança por alguém de seu núcleo familiar, preferem permanecer no silêncio ou arriscam-se a perder a guarda da criança, por medo de denunciarem o suposto agressor.

[...] já vi casos que a mãe perdeu a guarda da criança porque ela não queria sair de perto do agressor [...] (E1).

Reações ambivalentes

O contato com a violência à criança desperta simultaneamente no enfermeiro reações positivas e negativas.

Empatia

O enfermeiro busca explicações para compreender como a violência contra a criança ocorre no contexto familiar e, ao mesmo tempo, sente-se desconfortável com a situação que a criança vivencia. Entender a prática da violência contra a criança no âmbito familiar é para o enfermeiro uma complexa tarefa, uma vez que para ele a família deveria ser o alicerce da criança, ou seja, aquela que deveria proteger, acolher, proporcionar segurança e conforto ao longo de seu crescimento e desenvolvimento.

Lidar com a espontaneidade de algumas famílias ao falarem sobre a prática da violência contra criança também é algo difícil na vivência do enfermeiro, que não comprehende quando a família trata dessa problemática de forma banal, pois acredita que tal assunto deveria ser discutido com muita cautela, de maneira que a criança fosse preservada.

Muitas vezes os pais [...] chegam e contam [sobre a violência] como se aquilo fosse a coisa mais banal, natural do mundo, contam para a enfermaria inteira (E8).

Revolta

O enfermeiro questiona a atitude do adulto agressor, que por meio de uma relação de poder, viola os direitos da criança que se apresenta extremamente frágil em relação a ele. A maneira que a violência intrafamiliar ocorre desperta revolta no enfermeiro, uma vez que percebe esta prática como algo constante no âmbito familiar. Esse sentimento de revolta advém não somente do reconhecimento por parte do enfermeiro da fragilidade e incapacidade de defesa da criança em relação ao adulto agressor, mas, principalmente, por ter sido causada por um membro familiar, cuja violência acarretará danos físicos e psíquicos irreparáveis ao desenvolvimento da criança. Diante dessa vivênc-

cia, o enfermeiro continua numa busca interna de compreensão pelos motivos que levam à família a violentar sua criança.

[...] então você fica se perguntando o que faz uma criança, para uma pessoa chegar a esse ponto de bater, né? De fazer queimaduras de cigarros, mordidas, às vezes fraturas (E15).

Tristeza

O enfermeiro sofre por constatar a falta de valorização e de proteção da criança pela família. Para o enfermeiro, cuidar de uma criança vítima de violência intrafamiliar é deparar-se com a falta de importância que o sistema familiar atribui à sua criança e a falta de reconhecimento do papel que desempenha para o adequado desenvolvimento infantil. Não só constatar, mas também falar sobre a vivência no cuidado da criança que sofre violência intrafamiliar causa muita tristeza ao enfermeiro, pois descrever como a violência acontece deixa uma sensação de vazio, já que não consegue encontrar explicações para tal evento, visto que nada justifica a prática dessa violência.

Eu [enfermeira] me senti muito triste e comecei a questionar bastante coisa em relação à relação interpessoal, porque se uma pessoa que colocou uma criança no mundo tem coragem de fazer aquilo [espantar a criança], a gente fica com medo, pensando até que ponto as pessoas podem fazer mal à outra [...] (E5).

O enfermeiro também vivencia situações que lhe causam tristeza quando se sente intimidado pela família, visto que além de observar o sofrimento da criança, tem que tomar a decisão de denunciar o caso de violência, mesmo sofrendo ameaças por parte de membros da família. O elemento motivador para concretização da notificação é o desejo do enfermeiro de uma vida melhor para a criança.

O que mais me doeu ainda foi que os pais ameaçaram a equipe. Se nós denunciássemos, nós iríamos pagar por isso, então é uma situação complicada para a equipe, mas a gente não pode se sentir intimidado. Por isso nossa parte teria que ser feita [...]. Eu [enfermeira] senti muita tristeza [...] (E6).

Impotência

O enfermeiro sente-se invadido por esse sentimento quando acredita não ter conseguido fazer nada ou que poderia ter feito mais para ajudar a criança. O cuidado à criança vítima de violência intrafamiliar é também considerado tarefa de

grande complexidade por ultrapassar os anseios do enfermeiro, que apesar de desejar fazer o melhor pela criança, nem sempre consegue executar o que acredita ser o melhor.

[...] eu me senti impotente. O que é que eu poderia fazer por essa criança? Não posso fazer nada; a gente se sente impotente (E15).

Essa sensação de impotência vai além do ambiente hospitalar, pois o enfermeiro gostaria de poder contribuir com essas crianças além desse âmbito, acreditando que para que a criança pudesse vivenciar uma vida melhor, seria necessário o apoio de outras redes de suporte. Lidar com a família da criança, além de gerar revolta, causa sensação de impotência no enfermeiro por não conseguir obter do agressor ou de outro membro familiar a confissão do ato de violência, além de não conseguir evitar que estes fiquem próximos à criança. O enfermeiro gostaria de ter autonomia para manter a criança longe do agressor, mas seu papel como profissional implica em determinadas atitudes que permanecem aquém de seus desejos.

Você [enfermeira] acaba se sentindo impotente, porque a sua vontade é pegar a criança do adulto na hora e dizer: não chegue perto, sua mentirosa! [se refere à agressora] (E12).

O enfermeiro reconhece que em sua vivência deparou-se com estratégias institucionais para não denunciar a violência aos órgãos competentes, sobretudo em instituições que visavam preservar a imagem institucional mantendo-se no anonimato. Apesar de acreditar que o correto é efetuar a denúncia, o enfermeiro sente-se impotente por não poder interferir num processo que, em determinadas situações, independe dele para ser concluído.

Senti impotência porque não queria poder só atender a criança, como também [queria] prender os pais [...]. Mas quando o hospital particular é de primeira linha, as coisas tomam outro rumo e outra direção, e nós, como profissionais, não podemos interferir [...] (E5).

Acostumar-se com a violência

O enfermeiro acaba não sofrendo mais o impacto da violência vivida pela criança. Ao longo de sua vivência, cuidar de crianças vítimas de violência pode tornar-se algo normal e corriqueiro para o enfermeiro, chegando a não despertar sentimentos como: revolta, tristeza e impotência no atendimento à criança e à família, cedendo lugar à indiferença, levando o enfermeiro a acostumar-se e vivenciar sem impacto novos casos que surgem ao longo de sua experiência profissional.

[...] eu não sinto muito impacto, porque, assim, a gente recebe tantas [crianças] ultimamente, têm tantas, então antigamente a gente ficava mais [impactado], hoje em dia dificilmente não passa um mês que você não tem um, dois casos assim de maus tratos, abuso sexual [...] eu já recebi tantos [casos] que a gente está começando a se acostumar com a situação [...] (E15).

Atitude profissional protetora

A principal motivação para as ações do enfermeiro está centrada na criação de um ambiente protetor para a criança e para os valores morais, humanos e profissionais.

Proteger a criança

Quando o enfermeiro encontra-se junto à criança busca protegê-la de eventos violentos intrafamiliares e o faz por meio de vigilância constante e do oferecimento de um ambiente de conforto, carinho, segurança e acolhimento. A principal motivação do enfermeiro é proteger a criança, pois acredita que a violência que pode ocasionar sequelas para a vida toda.

Na tentativa de querer ajudar à criança vítima de violência intrafamiliar, buscando amenizar a dor e o trauma emocional da criança que sofreu a violência, o enfermeiro procura utilizar estratégias para protegê-la. O significado dessa proteção está atrelado ao oferecimento de acolhimento, segurança, carinho e conforto, ultrapassando os processos mecanicistas presentes no seu cotidiano profissional.

Ela [a criança] fica um determinado tempo com a gente e a gente acaba tendo um carinho pela criança, o que com certeza em casa não tem, e a gente acaba dando o que elas não têm [...] (E14).

A intensificação da vigilância é traduzida em atitudes como deixar portas e cortinas abertas, uma vez que permitem a visualização da criança, causando a sensação de que ela não está sendo deixada sozinha com o suposto agressor. Essas atitudes também são vistas pelo enfermeiro como uma tentativa de demonstrar para a criança que nada de mal poderá lhe acontecer.

Mas, dentro da minha possibilidade, o que eu fiz foi intensificar a vigilância, e tentar ao máximo suprir todo emocional daquela criança [...] (E4).

Acompanhar as famílias

O enfermeiro reconhece a complexidade da violência no âmbito familiar e que a eficácia da

intervenção depende também do acompanhamento das famílias. O acompanhamento das famílias que praticam a violência é visto pelo enfermeiro como fator primordial no atendimento à criança, por ser uma tentativa de reestruturar o sistema familiar e monitorar as condições em que a criança está vivendo. Sugerem como estratégias para esse acompanhamento: a realização de visitas domiciliares e reuniões de grupo com as famílias dentro da instituição hospitalar, acompanhadas por uma equipe multidisciplinar.

[...] a família tem que ser acompanhada, tem que haver uma relação fortificada, a relação pai, mãe e criança, [a família] tem que passar por um processo de terapia para se livrar um pouco desse sentimento [...] (E5).

O planejamento familiar é percebido como uma questão preventiva para a violência intrafamiliar contra a criança, pois o enfermeiro observa que quanto mais filhos e piores condições financeiras e sociais as famílias têm, maior a chance da criança sofrer violência intrafamiliar.

As pessoas deveriam ter uma cultura melhor, e assim, não ter tantos filhos. [...] era uma mãe que tinha várias crianças, e sabe o por quê dessa agressão? Porque ela não tinha o que dar de comida [...] (E3).

Denunciar a violência

O enfermeiro quer ter mais autonomia para notificar a violência, ter uma rede de apoio especializada eficiente e respaldo da instituição, com possibilidade de participar mais ativamente do processo de denúncia da violência. Para o enfermeiro, o processo de notificação da prática da violência requer atenção, desde a suspeita da violência até sua confirmação. Contudo, confirmar a prática de violência nem sempre é tarefa fácil, pois além de requerer um senso de percepção aguçado do profissional, necessita de uma rede de apoio multiprofissional para auxiliá-lo na abordagem da criança e de sua família.

[...] se a mãe não se preocupa, então acho que a gente deve procurar canais que preservem a criança, ou que deixem a criança num estado de não perigo, de não sofrer nada de novo, procurar afastá-la o máximo possível do agressor, ou de quem está fazendo mal a criança [...] (E1).

O enfermeiro acredita que a notificação da violência deva ser realizada como forma de proteger a criança de futuras e recorrentes práticas de violência intrafamiliar, e que, portanto, não deve ser omitida e negligenciada. A preocupação do enfermeiro em denunciar a violência é um desejo concreto em sua vivência, por isso, engaja-se

numa busca para confirmar a violência quando suspeita dela.

[...] inclusive incentivando e conversando para ver se ela [a criança] me contava alguma coisa que fosse relevante [...] ver se era dito alguma coisa relevante para poder ajudar a gente [equipe de enfermagem] a chamar a polícia, o conselho tutelar, ou sei lá quem quer que fosse responsável por isso (E4).

Essa luta requer uma longa trajetória, visto que nem sempre o enfermeiro tem autonomia, na instituição onde desempenha suas funções, para dar prosseguimento ao processo de denúncia. Assim sendo, não basta identificar e confirmar a violência, pois ainda há instituições que insistem em não denunciar a violência praticada contra a criança.

Eu trabalho em uma instituição que não direciona as coisas desse jeito, observo que no serviço público as coisas são mais direcionadas, é chamado o conselho tutelar, pai e mãe e criança acompanhado dentro do âmbito familiar [...] (E5).

Proteger-se

O enfermeiro tenta proteger-se de seus próprios sentimentos para não permitir que suas reações e conceitos pessoais sobre violência interfiram no cuidado prestado à criança e à família, pois acredita que certos comportamentos possam interferir negativamente no seu trabalho.

Como enfermeira, a gente tem que ser profissional, não deixar a emoção tomar conta da gente, pois se deixar a emoção tomar conta, a gente não consegue trabalhar [...] (E8).

Para proteger-se de suas reações e conceitos pessoais, o enfermeiro procura utilizar determinadas estratégias, como procurar não demonstrar seus sentimentos durante a assistência à criança, e não pensar a respeito de como o futuro da criança se configurará, caso permaneça sob os cuidados da família.

Você tenta fazer o melhor, fazer o seu serviço, e procura não pensar muito no que vai acontecer com a criança quando ela for embora [...] (E8).

Manejar seus próprios sentimentos torna-se mais complexo quando o enfermeiro é invadido por uma onda de questionamentos pessoais, que vão desde indagações sobre os motivos que levam uma família a praticar a violência, até o que as crianças gostariam que fosse feito por elas.

[...] você fica imaginando como que um pai, uma pessoa da família, tem coragem de fazer algo por um ser tão indefeso (E15).

Tipo vivido

A construção do tipo vivido foi decorrente da retomada das motivações identificadas e das convergências de seus significados. Assim, o tipo vivido do enfermeiro que cuida da criança vítima de violência intrafamiliar em unidades de emergência, terapia intensiva e de internação pediátricas é aquele que em seu mundo cotidiano, na presença de situações de violência contra a criança, mobiliza atitudes de suspeita e monitoramento para confirmar a violência, ao mesmo tempo em que apresenta reações ambivalentes diante da criança e do agressor, seja ele suspeito ou confirmado. Em sua abordagem à criança vítima de violência tem como motivação uma conduta profissional protetora em relação à criança e às suas crenças profissionais e pessoais. Esta conduta mobiliza nele o desejo de denunciar a violência, de acompanhar e resgatar a família agressora e proteger-se, para que suas reações pessoais não interfiram em sua assistência.

DISCUSSÃO

O estudo possibilitou determinar as ações dos enfermeiros de maneira muito específica, demonstrando que sua ação social está vinculada ao seu acervo de conhecimento, visando melhoria no seu modo de cuidar das crianças vítimas de violência. Essas ações estão alicerçadas no seu mundo-vida e, portanto, lidar com diversas reações no seu processo de cuidar é algo inerente à sua vivência.

Estes resultados, analisados na perspectiva da fenomenologia social, são coerentes com alguns achados da literatura. Das evidências comuns, destacam-se que os enfermeiros vivenciam no seu mundo cotidiano um encontro constante com a violência contra a criança em sua prática assistencial nas unidades pediátricas.¹¹ Ele acredita que a violência deva ser denunciada, e se engaja numa busca para sua confirmação, caso suspeite dela. Na assistência de uma possível vítima de violência, a suspeita é o primeiro fator a ser considerado pelo profissional, pois é a partir daí que pode ser iniciada uma investigação mais minuciosa, levando ou não à sua confirmação.¹²⁻¹³

O estudo aponta para um aspecto relevante do mundo-vida do enfermeiro que é identificado como um mundo de muitas adversidades, onde cuidar da criança vítima de violência é definido como algo difícil, gerador de sofrimento e que demanda grande habilidade de percepção e de intervenção. O profissional precisa ter habilidades

para conseguir detectar possíveis casos de violência, para não deixar passar despercebidas vítimas de violência intrafamiliar.

A constatação da violência pelo profissional apoia a necessidade do uso de protocolos de atendimento institucionais para minimizar erros na identificação desses casos e de uma rede de apoio ao profissional. Protocolos propiciam segurança e respaldo ao profissional, auxiliando na detecção de casos, já que não norteará mais o processo de investigação baseado somente em suas opiniões e conhecimentos pessoais.¹² Estudo revela que a notificação de casos suspeitos ou confirmados de maus-tratos é a principal forma de atuação do profissional de saúde.¹⁴ Ressalta-se também a importância do preenchimento completo e correto dos casos atendidos, uma vez que pode contribuir para a qualidade da notificação.¹⁵ e o engajamento entre os profissionais dos diversos setores.¹⁶

Quanto à rede de apoio especializada, esta poderá auxiliar o profissional a identificar, cuidar, avaliar e encaminhar os casos de crianças vítimas de violência intrafamiliar,¹¹⁻¹² bem como manejar os próprios sentimentos de ambivalência emocional⁷ e identificar a vulnerabilidade da família.¹⁷

O sofrimento do enfermeiro ao vislumbrar o futuro da criança vítima de violência, é outro destaque do estudo e de grande relevância à dimensão ética do cuidado. Embora algumas crianças exibam resiliência e não sejam afetadas por estas experiências, outras podem sofrer influência negativa no desenvolvimento social, emocional e cognitivo, as quais podem ter consequências em longo prazo, interferindo no seu funcionamento e em seus relacionamentos na idade adulta.¹⁸⁻¹⁹

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação realizada com base na Fenomenologia Social de Alfred Schütz permitiu a apreensão do típico da vivência dos enfermeiros no cuidado à criança vítima de violência intrafamiliar, em unidades de emergência, cuidados intensivos e internação pediátricas. O mundo-vida dos enfermeiros que cuidam de crianças vítimas de violência intrafamiliar é um mundo composto de diversas dimensões que geram um constante estado de atenção, e reações que causam revolta, inquietação, tristeza e sensação de impotência, as quais precisam ser internamente manejadas no transcorrer de seu atendimento.

Reflexões e discussões acerca dessa vivência entre os profissionais de saúde, especialmente en-

tre os enfermeiros, precisam ser estimuladas nos ambientes de assistência à saúde e nos espaços de formação profissional. A magnitude do problema não permite que o assunto seja tratado com olhar individualizado e imbuído de pré-conceitos. É preciso olhar para todos os atores envolvidos na situação, profissionais, crianças e membros do sistema familiar, destacando-se a importância do enfermeiro conhecer a família e o contexto em que a criança vítima de violência está inserida.

É preciso pensar em estratégias de apoio apropriadas às necessidades dos participantes na situação, com grande destaque para o suporte ao profissional. O enfermeiro necessita de treinamento, aconselhamento e experiência para manejar adequadamente toda a complexidade existente nas situações de violência à criança, de modo a tornar a experiência de cuidado à criança vítima de violência intrafamiliar menos dolorosa em seu mundo cotidiano. Este é um caminho ainda a ser amplamente explorado por investigações e pela proposição de intervenções que qualifiquem técnica e eticamente a prática clínica nas situações de violência.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
2. Algieri S, Souza LM. Violência contra crianças e adolescentes: um desafio no cotidiano da equipe de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006 Jul-Ago; 14(4):625-31.
3. Bell T, Romano E. Opinions about child corporal punishment and influencing factors. *J Interpers Violence*; 2012; 27 (11):2208-29.
4. Assis SG, Avancini JQ, Pesce RP, Ximenes FL. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009 Abr; 14(2):349-61.
5. Lee SJ, Perron BE, Taylor CA, Guterman NB. Paternal psychosocial characteristics and corporal punishment of their 3-year-old children. *J Interpers Violence*. 2011; 26(1):71-87.
6. Silva PA, Lunardi V L, Silva MRS, Lunardi Filho WD. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção dos profissionais de saúde. *Cienc Cuid Saude*; 2009 Jan-Mar; 8(1):56-62.
7. Tingberg B, Bredlöv B, Britt-Marie Y. Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents. *J Clin Nurs*. 2008; 17(20):2718-24.
8. Capalbo C. A subjetividade em Alfred Schütz. *Veritas*. 2000; 45(2):289-98.
9. Schütz A, Luckman T. Las estructuras del mundo de la vida. Buenos Aires (AR): Amorrortu; 1977.
10. Schütz A. Fenomenología del mundo social. Buenos Aires (AR): Paidós; 1972.
11. Pabiś M, Wrońska I, Ślusarska B, Cuber T. Pediatric nurses' identification of violence against children. *J Adv Nurs*. 2011 Feb; 67(2):384-93.
12. Silva MAI, Ferriani MGC. Domestic violence: from the visible to the invisible. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007 Mar-Apr; 15(2):275-81.
13. Thomazine AM, Oliveira BRG, Viera CS. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento. *Rev Eletr Enferm [online]*. 2009 [acesso 2012 Fev 06]; 11(4): Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n4/pdf/v11n4a08.pdf
14. Barbosa PZ, Pegoraro RF. Violência doméstica e psicologia hospitalar: possibilidades de atuação diante da mãe que agride. *Saude Soc*. 2008; 17(3):77-89.
15. Martins CBG, Jorge MHPM. Abuso sexual na infância e adolescência: perfil das vítimas e agressores em município do sul do Brasil. *Texto Contexto Enferm*. 2010 Abr-Jun; 19(2):246-55.
16. Nunes CB, Sarti CA Ohara CVS. Profissionais de saúde e violência intrafamiliar contra a criança e adolescente. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(Esp):903-8.
17. Pettengill MAM, Angelo M. Identificação da vulnerabilidade da família na prática clínica. *Rev Esc Enf USP*. 2006 Jun; 40(2):280-5.
18. Kolar KR, Davey D. Silent victims: children exposed to family violence. *J Sch Nurs*. 2007 Apr; 23(2):86-91.
19. Sousa C, Herrenkohl TI, Moylan CA, Tajima EA, Klika JB, Herrenkohl RC, et al. Longitudinal study on the effects of child abuse and children's exposure to domestic violence, parent-child attachments, and antisocial behavior in adolescence. *Interpers Violence*, 2011; 26(1):111-36.

Correspondência: Margareth Angelo
Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Psiquiátrica
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
05403-000 - São Paulo, SP, Brasil
E-mail: angelm@usp.br

Recebido: 26 de Março de 2012
Aprovação: 18 de Setembro de 2012