

Percepções do enfermeiro sobre violência contra criança e adolescente praticada pelo acompanhante na enfermaria pediátrica

Nurses' perception on violence against children and adolescents by their companion in pediatric ward
Percepciones de las enfermeras sobre la violencia contra los niños y adolescentes ejercida por el acompañante dentro del sector pediátrico

Lindsay Ibacache Barrenechea¹

ORCID: 0000-0003-3843-6080

Camila Camacho Ribeiro¹

ORCID: 0000-0001-7950-1681

Angela Maria La Cava¹

ORCID: 0000-0003-4173-8557

Otilia Pimenta Azevedo¹

ORCID: 0000-0003-0299-710X

¹ Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

² Estado do Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde.
Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Como citar este artigo:

Barrenechea LI, Ribeiro CC, La Cava AM, Azevedo OP.
Nurses' perception on violence against children and
adolescents by their companion in pediatric Ward.
Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 4):e20190495.
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0495>

Autor Correspondente:

Lindsay Ibacache Barrenechea
E-mail: lindsaybaib@gmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Ana Fátima Fernandes

Submissão: 12-03-2020 **Aprovação:** 10-06-2020

RESUMO

Objetivos: conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a violência contra a criança praticada pelo acompanhante na enfermaria pediátrica; descrever as ações do enfermeiro nesta situação; analisar essas ações à luz das políticas governamentais; e conhecer a organização e comunicação da equipe multidisciplinar no enfrentamento deste fenômeno. **Método:** pesquisa qualitativa descritiva, realizada mediante entrevista semiestruturada com enfermeiros. A análise temática identificou três categorias: "A percepção da violência"; "Ações e intervenções realizadas pelo enfermeiro"; e "Organização e Comunicação da equipe multidisciplinar". **Resultados:** o enfermeiro reconhece os tipos de violência, porém atribui maior gravidade à violência física. As causas relatadas foram: crianças com temperamentos difíceis, violência transgeracional e hospitalização. As ações foram: diálogo, separação acompanhante-criança, registro e notificação ao Conselho Tutelar. Foi relatada comunicação deficiente da equipe multiprofissional e organização medicalocêntrica. **Considerações finais:** as políticas públicas estão direcionadas à violência fora dos ambientes institucionais, consequentemente, carecem de diretrizes para abordagem de situações presenciadas.

Descritores: Enfermeiros; Violência; Criança; Hospitalização; Cuidadores.

ABSTRACT

Objectives: to know the nurses' perception on violence against children by their companion in pediatric ward; describe the nurses' actions in this situation; analyze these actions in light of government policies; and know the organization and communication of the multidisciplinary team to face this phenomenon. **Method:** a descriptive qualitative research conducted through semi-structured interviews with nurses. Thematic analysis identified three categories: "A perception of violence"; "Actions and interventions performed by nurses"; and "Multidisciplinary team organization and communication". **Results:** nurses recognize the types of violence, but attaches greater severity to physical violence. The reported causes were children with difficult temperaments, transgenerational violence and hospitalization. The actions were dialogue, companion-child separation, registry and notification to the Guardianship Council. Poor communication from the multidisciplinary team and medical-centric organization have been reported. **Final considerations:** public policies are directed towards violence outside institutional environments, consequently they lack guidelines for addressing witnessed situations.

Descriptors: Nurses; Violence; Child; Hospitalization; Caregivers.

RESUMEN

Objetivos: conocer la percepción de las enfermeras sobre la violencia contra los niños y adolescentes ejercida por el acompañante dentro del sector pediátrico; describir las acciones de la enfermera en esta situación; analizar estas acciones a la luz de las políticas gubernamentales; y conocer la organización y comunicación del equipo multidisciplinario para enfrentar este fenómeno. **Método:** investigación descriptiva cualitativa, realizada mediante entrevista semiestruturada con enfermeras. El análisis temático identificó tres categorías: "La percepción de la violencia"; "Acciones e intervenciones realizadas por la enfermera"; y "Organización y comunicación del equipo multidisciplinario". **Resultados:** la enfermera reconoce los tipos de violencia, pero atribuye mayor severidad a la violencia física. Las causas informadas fueron: niños con temperamentos difíciles, violencia transgeneracional y hospitalización. Las acciones fueron: diálogo, separación de niños y compañeros, registro y notificación al Consejo Guardián. Se informó una comunicación deficiente por parte del equipo multiprofesional y la organización medicalocéntrica. **Consideraciones finales:** las políticas públicas están dirigidas hacia la violencia fuera de los entornos institucionales, por lo tanto, carecen de pautas para abordar situaciones presenciadas.

Descritores: Enfermeros; Violencia; Niño; Hospitalización; Cuidadores.

INTRODUÇÃO

A violência contra crianças e adolescentes tem se tornado um grande problema de saúde pública, chamando a atenção dos chefes de Estado e profissionais de saúde no mundo⁽¹⁾. Porém, conceituar a violência tem sido um desafio, já que a “ação regeneradora ou sentimento relativo à violência pode ter significados múltiplos e diferentes dependentes da cultura, momento e condições nas quais elas ocorrem”⁽²⁾. Assim, em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) se pronunciou definindo a violência como:

Uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação⁽³⁾.

Para consolidar e defender os direitos das crianças e adolescentes, foi publicado o Estatuto da Criança e do Adolescente, sendo destacado que “é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público prover todas as oportunidades e facilidades para o pleno desenvolvimento tanto físico, mental, moral, espiritual e social”⁽⁴⁾.

Mesmo com todos os avanços legislativos, a violência contra criança e adolescente é um problema que ainda prevalece, sendo permeado pelo silêncio e pela concepção que os castigos corporais e humilhações são recursos educativos, justificados como uma forma de educar e corrigir transgressões de comportamento⁽⁵⁻⁶⁾. Essa é a razão pela qual, muitas vezes, os agressores são familiares das vítimas.

A doença e o ambiente hospitalar podem causar desequilíbrio na criança e em sua família⁽⁷⁾, que pode não estar preparada emocionalmente para enfrentar esses conflitos. Os pais, por não possuírem métodos de enfrentamento positivos, podem utilizar a violência como um meio para restabelecer a dinâmica familiar⁽⁸⁾.

A enfermagem possui uma posição privilegiada dentre os demais profissionais da equipe multidisciplinar, já que encontra-se em contato direto, podendo reconhecer os sinais de violência com maior facilidade⁽⁹⁾.

Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de explorar as ações e intervenções realizadas pelo enfermeiro frente à situação de violência contra a criança praticada pelo acompanhante na enfermaria pediátrica, considerando a dificuldade que os enfermeiros têm ao se posicionar quando presenciam violência contra a criança. A abordagem desta pesquisa visa contribuir para o planejamento do processo de trabalho na saúde, de forma a influenciar na organização do serviço, por meio da criação de fluxos de assistência específicos para o enfrentamento da violência contra a criança e adolescente.

OBJETIVOS

Conhecer a percepção dos enfermeiros sobre a violência contra a criança praticada pelo acompanhante na enfermaria pediátrica; descrever as ações do enfermeiro mediante situação de violência contra a criança praticada pelo acompanhante na enfermaria pediátrica; analisar as ações do enfermeiro para enfrentamento da violência contra a criança praticada pelo acompanhante na enfermaria pediátrica, à luz das políticas governamentais; e conhecer a organização e comunicação da equipe multidisciplinar

para o enfrentamento da violência contra a criança praticada pelo acompanhante na enfermaria pediátrica.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O presente estudo foi submetido a uma análise ética e aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e do hospital federal onde ocorreu a coleta de dados. Cumpriam-se as normas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 e pela Norma Operacional 001/2013, ambas do Conselho Nacional de Saúde, que regula a pesquisa envolvendo os seres humanos.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual foi assegurado o sigilo e o anonimato através da utilização de código assim identificado: E (Enfermeiro), acrescido do número correspondente à ordem das participantes.

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza qualitativa. A pesquisa descritiva “visa à identificação, registro e análise das características, fatores ou variáveis que se relacionam com o fenômeno ou processo”⁽¹⁰⁾.

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

O estudo foi realizado na enfermaria pediátrica de um hospital federal de grande porte, localizado na cidade do Rio de Janeiro, com 31 leitos.

Fonte de dados

A escolha dos participantes da pesquisa foi intencional, sendo contemplados a totalidade dos 14 enfermeiros que atuam regularmente na enfermaria pediátrica, porém, devido a afastamentos por férias e licenças médicas durante o período da coleta de dados, só foi possível entrevistar 10 enfermeiros plantonistas.

Coleta e organização dos dados

A coleta dos dados foi realizada no mês de abril de 2019, mediante entrevista semiestruturada, realizada individualmente pelas pesquisadoras em uma sala privada. As entrevistas tiveram duração média de 10 minutos, foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra e foram compostas pelas seguintes perguntas: há quanto tempo você trabalha como enfermeiro em uma enfermaria pediátrica? Você já presenciou alguma situação de violência contra a criança praticada pelo acompanhante no cenário hospitalar? Qual? Quais ações você realizou ou realizaria ao presenciar uma violência contra a criança no cenário hospitalar?

Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada através de análise de temática, descrita por Bardin, que “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou

frequência de aparição, podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido⁽¹¹⁾. Essa análise possibilitou a identificação de três categorias: “A percepção da violência”; “Ações e intervenções realizadas pelo enfermeiro”; e “Organização e Comunicação da equipe multidisciplinar”.

RESULTADOS

Todos os profissionais eram do sexo feminino, com no mínimo 6 e no máximo 22 anos de trabalho na enfermagem pediátrica, com uma média de 13 anos de atuação em setores pediátricos.

A percepção da violência

Ao serem indagados sobre terem presenciado algum tipo de violência proveniente do acompanhante contra crianças no ambiente hospitalar, oito enfermeiros relataram que “sim” e dois que “nunca haviam presenciado”.

Para falar de violência, os enfermeiros precisaram classificá-la pela sua natureza, sendo separada, naturalmente, como física, psicológica e abandono/negligência:

Agressões físicas e agressões verbais, psicológicas, violências psicológicas e o abandono. Essas foram as violências que eu vi, que eu presenciei os acompanhantes realizarem com as crianças. (E3)

Alguma violência, violência, você fala física? Ou psicológica? Que tipo de violência? (E5)

Essas falas nos permitem inferir que os enfermeiros têm a percepção que a violência não se restringe apenas aos aspectos físicos e visíveis, demonstrando um avanço na compreensão do fenômeno da violência. Entretanto, mesmo considerando a existência de outras formas de violência, alguns profissionais pareceram dar maior ênfase à violência física do que a psicológica:

Nada grave. Só mesmo agressão verbal. Mãe brigando, mas nada de bater ou de chegar a machucar a criança, não. (E2)

A mãe faz algum tipo de ameaça, se ele fizer isso, vai acontecer aquilo com ele, esse tipo de ameaça. Mas, coisa grave, uma coisa que machucasse mesmo, tudo bem que isso machuca, né? Principalmente psicológico, machuca demais. Mas, violência física, alguma coisa que machucasse, eu nunca presenciei. (E5)

A violência física aparece nas falas, associada à sua gravidade e à força nela empregada, dando a concepção de não ser grave, por ser “apenas um tapa”, comparada ao espancamento. Nessas falas, as violências físicas são normalizadas e naturalizadas como um meio de educação socialmente aceito. Dessa forma, corrigir uma criança utilizando de agressões físicas não seria errado, desde que de forma moderada. É importante destacar que a concepção de moderação não é única e é passível a distintas interpretações:

[...] física, só mesmo tapas, nada de espancamento, de deixar a criança com hematoma, ferida. Isso, nunca vi, não. (E5)

Tapa, né? 'Não vai, não põe a mão aí, sai daí'. Tapa, normal, mas nada de espancamento, não chega a ser um espancamento. (E5)

Metade dos enfermeiros entrevistados relatou ter presenciado algum tipo de violência psicológica, sendo indicativo de conhecimento sobre a temática, conseguindo perceber este tipo de violência que se apresenta de forma sutil. A violência psicológica foi abordada com especial ênfase na ameaça como um meio de coagir a criança e, desse modo, inibir comportamentos considerados errados, no intuito de educar.

Geralmente, é uma ameaça que se faz à criança, que se ela fizer aquilo vai perder alguma coisa ou ela vai apanhar ou vai deixar de ter o que ela mais gosta, entendeu? Sempre é esse tipo de ameaça psicológica com a criança. (E5)

Psicológico o tempo todo ameaça, né? 'Não faz isso, senão vai acontecer aquilo, vou chamar teu pai'. Aí têm as histórias que fulano vai te pegar, essas coisas assim, ameaça psicológica. Fazendo com que a criança fique inibida e não faça o que ela estava fazendo. (E5)

Sobre a negligência e o abandono, chama a atenção a dúvida de um dos enfermeiros sobre a inclusão desse tipo no contexto de violência:

Não sei se abandono entra [...]. Essa questão do abandono eu não sei se entra no contexto de violência. (E10)

As negligências mais relatadas foram relacionadas aos acompanhantes ausentarem-se durante longos períodos de tempo ou não protegerem a criança de algum agravo à saúde:

Eu vejo muitas situações de negligência, a mãe que interna a criança e a deixa sozinha dias ou muitas horas, com a desculpa de que tem outros filhos. (E4)

[...] por exemplo, a gente tem paciente aqui de longa internação que a mãe não coloca o oxigênio, deixa a criança fora do leito com risco de queda, ela se ausenta por muito tempo. (E10)

Os entrevistados procuraram entender a violência para poder atribuir um significado a ela. Na busca de causas que justificassem o fenômeno, elas construíram suas explicações sobre três dimensões diferentes: a criança, os pais e a situação/ambiente.

Quando centradas na criança, foram citadas suas atitudes como desencadeantes da violência:

Geralmente, a criança está fazendo uma birra, alguma coisa que a mãe não quer que ela faça, e ela faz porque criança é assim, né? E, para a criança poder parar, a mãe faz algum tipo de ameaça. (E5)

A mãe bater, para a criança ficar quieta, para fazer um procedimento. (E10)

Quando centradas nos pais, os enfermeiros constroem suas hipóteses baseadas na educação que os mesmos tiveram, considerando que eles reproduzem com seus filhos aquilo que aprenderam com seus pais. Ou seja, tendem a educá-los da mesma maneira com a qual foram educados:

[...] na minha concepção, elas não fazem porque elas querem, elas fazem porque elas não são orientadas, elas não sabem a

que nível de violência, o que é a violência. Então, quem foi criado assim acaba transmitindo para os seus assim, então educar, pra ela, é agredir. (E3)

[...] porque eles também amam, eles amam as suas crianças, mas só que a educação que eles tiveram é uma. (E3)

Quando centrados na situação/ambiente, os enfermeiros destacaram duas situações diferentes para tipos de violências distintas, relacionaram a violência física e psicológica ao estresse provocado pela internação hospitalar e o abandono às situações familiares:

Às vezes, a mãe, por ser a única a ficar o tempo todo com a criança e estar muito nervosa, ansiosa, ansiosa pelo diagnóstico, por não poder ver os outros filhos ou pela situação hospitalar difícil, sem ter o apoio da família, ela entra em crise. (E9)

E o abandono, quando a gente vai ver o contexto dessa família, essa família tem vários filhos, então não é uma questão do abandono porque quer abandonar, pouquíssimas abandonaram. Essa que foi para o Conselho Tutelar, mas o restante abandona porque também tem outras questões familiares, envolvidas nesse contexto família, nessa instituição família. (E3)

Ações e intervenções realizadas pelos enfermeiros

Os enfermeiros relataram diversas ações e intervenções frente à violência praticada pelo acompanhante no ambiente hospitalar. Porém, as respostas foram divergentes, mostrando não conhecer ou não existir um protocolo sobre como proceder nessa situação:

Não, não, [não conheço os protocolos] porque nunca me aconteceu assim. (E1)

Eu acredito que deve existir algum caminho que elas sigam [as chefias], que se acontecer, elas acionem alguém, mas eu, particularmente não sei. (E1)

Os enfermeiros relataram que quando eles presenciavam alguma situação de violência, elas inicialmente conversavam com os acompanhantes, com o objetivo de cessar a violência e orienta-los quanto às práticas educativas não violentas:

[...] você vai conversar com o pai e com a mãe, você não vai simplesmente virar as costas [...], você conversa ali e ali você tenta, naquele momento, aquilo ali tem que terminar. (E1)

[...] mas, explicar para ela que aquilo era uma agressão e dentro do hospital isso... numa instituição pública, isso não poderia voltar a acontecer. (E3)

[...] a gente intervém dizendo que não é daquela maneira que a criança vai parar, entendeu? Talvez ela até fique com mais vontade de fazer, né [...] mas tudo com um diálogo com a mãe e com a criança. (E5)

Um dos enfermeiros entrevistados explicou como realizar a abordagem aos acompanhantes, enfatizando o papel do enfermeiro como educador e ressaltando que o profissional de saúde deve acolher a família e não a julgar:

[...] conversar com o responsável é uma coisa simples quando você consegue ter uma empatia com aquela família. Então, você faz uma troca com elas, [...] é um papel de você se colocar na posição do outro e sensibiliza-lo [...] a gente precisa ser, nesse momento, um educador. (E3)

[...] avaliar essa família e não julgar, porque o profissional de saúde gosta de julgar e não é esse nosso papel, nosso papel é de apoiar, proteger, julgar não é nosso papel. (E3)

Foi dada uma importância especial ao registro da violência presenciada no livro de ordem e ocorrências e no prontuário, considerando-o uma forma de garantir o atendimento:

[...] a gente registra no livro de ordem e ocorrência. (E6)

Eu costumo escrever no prontuário as vezes que eu vejo. 'Vi a mãe batendo, vi a mãe negligenciando.' [...] e a forma que eu tenho de garantir o atendimento é escrevendo. (E10)

Outra ação relatada pelos entrevistados foi o afastamento momentâneo do acompanhante agressor com a criança como uma medida de interrupção da violência:

[...] tivemos que tomar posições mais sérias, de separar naquele momento a criança dela, depois ela voltou. (E3)

Se presenciar, a gente tem que separar essa família neste momento da agressão, levar essa família, quem estiver responsável por essa criança, para a gente conversar. (E3)

A importância da notificação ao Conselho Tutelar também foi relatada, evidenciando que os profissionais compreendem a responsabilidade legal deles em cumprir com a Notificação Compulsória. Porém, não citaram ter informado à família que iriam fazer essa notificação e nem que a notificação foi realizada em três vias: a primeira para o serviço de Vigilância em Saúde/Epidemiológica da Secretaria de Saúde do Município; a segunda para o Conselho Tutelar e/ou autoridades competentes (Vara da Infância e da Juventude ou Ministério Público); e a terceira para a Unidade de Saúde que notificou o caso de violência:

[...] violência é violência, seja ela qual for, tem que comunicar o Conselho Tutelar, sim, porque isso é a legislação, isso é uma política e a política foi feita por uma norma para a gente cumprir [...] qualquer profissional que presencie alguma violência, seja ela física, psicológica, ou outras deve fazer por escrito a denúncia para o Conselho Tutelar. (E3)

Foram destacadas as interações com os outros membros da equipe para melhor a resolução da situação de violência, sendo principalmente citados os médicos e assistentes sociais. Também foram contemplados os psicólogos, aos quais foi atribuída a função de avaliar os pais:

[...] a gente pode tentar conversar com a equipe médica e o serviço social também. (E7)

Pedi o apoio do serviço social e também já teve vezes de pedir o apoio da saúde mental para a mãe, da psicologia. (E9)

Conversar com a equipe multiprofissional, com o serviço social, com a psicóloga, pedir um olhar melhor para a situação. (E10)

Organização e comunicação da equipe multidisciplinar

Os enfermeiros demonstraram dificuldade em abordar os casos de violência, pela falta de comunicação entre as diferentes categorias da equipe multidisciplinar, destacando a importância de tal abordagem nesses casos:

[...] tem que ter muito cuidado na hora de abordar a mãe, justamente porque não há uma conversa com todos da equipe, então pode ser que eu fale uma coisa, o médico fale outra, o assistente social outra, então é muito difícil a gente chegar nessa conversa com a mãe. (E4)

[...] chefia, os médicos, eu acho que toda equipe tem que decidir o que vai fazer, acho que não é uma coisa privativa do enfermeiro ou privativa do médico ou privativa do serviço social. (E1)

Foi criticada a organização da assistência centrada no médico, relatando que essa organização prejudicava a interação da enfermagem com as demais categorias profissionais:

[...] tudo aqui gira em torno do médico, então a gente faz a conversa com a equipe médica e a equipe médica é que toma as providências junto com o serviço social. [...] se reúne com os pais para conversar, a própria equipe médica e até o serviço social também entra, mas nunca junto com a enfermagem. (E4)

Agora, o que eu sinto muita dificuldade aqui é que a gente não tem um acesso direto a um serviço social, [...] o que a gente pode estar fazendo aqui é sinalizar para um médico, sinalizar para nossa chefia, passar de um plantão pro outro a situação. (E6)

Da mesma forma que os enfermeiros relataram terem dificuldades para a comunicação da situação com a equipe multidisciplinar, eles relataram não terem um retorno das medidas adotadas pelo restante da equipe, salvo quando foram implementadas medidas restritivas para algum dos acompanhantes. Dessa forma, as intervenções e encaminhamentos não são implementados de modo integrado por toda equipe:

Em alguns casos, eles retornam a informação dizendo se algum parente está proibido de visitar, [...] quando tem restrição de acompanhamento, eles passam isso pra a gente. Fora isso, a gente fica sabendo através do próprio acompanhante ou das mães que estão acompanhando outras crianças. (E4)

DISCUSSÃO

Nesta pesquisa, todos os participantes eram do sexo feminino, ocorrência que pode ser explicada pela enfermagem ser uma profissão predominantemente feminina, já que, histórica e culturalmente, o ato de cuidar foi atribuído à mulher e associado a uma pressuposta "essência feminina"⁽¹²⁾. A associação entre o cuidado e o gênero feminino deve-se, em parte, ao fato de que, historicamente, as mulheres desempenharam essas atividades no âmbito doméstico, como cuidado com filhos, doentes e idosos⁽¹²⁾.

A percepção de um fenômeno está intimamente ligada às experiências vividas, pois é com base nelas que o cérebro interpreta e atribui significado aos eventos e situações⁽¹³⁾. Por isso, um mesmo evento pode ser interpretado como violento ou não, dependendo da percepção do profissional, já que sua interpretação da situação não será neutra, será marcada pelas vivências pessoais que ele teve e carrega consigo. Porém, como a percepção é uma construção de significados, ela é dinâmica, podendo ser modificada por novas experiências⁽¹³⁾.

A necessidade de classificação da violência, presente nas falas dos entrevistados, pode prejudicar a percepção do profissional sobre as violências concomitantes, já que ele não considera a possibilidade de uma mesma criança sofrer distintos tipos de violência, fato evidenciado em um estudo em Londrina, que revelou que 72,5% das notificações do ano de 2006 possuíam concomitância de violências⁽¹⁴⁾.

Em concordância com os achados desta pesquisa, estudo no Rio de Janeiro constatou que os profissionais de saúde dividem as violências pela sua graduação e tipologia em: explícito (maus tratos infligidos ao corpo que são visíveis) e sutil (inclui o não visível, os agravos ao desenvolvimento psíquico e à cidadania)⁽¹⁵⁾.

A dúvida apresentada nas falas dos entrevistados quanto à negligência ser ou não um tipo de violência se deve ao fato de que é uma violência sutil e pouco visível, e, também, na construção histórica do conceito, que inicialmente foi considerado como uma modalidade dentro da violência psicológica, e não como um tipo de violência⁽¹⁶⁾.

A violência foi relacionada com a necessidade de os pais em controlar um comportamento não aceitável, considerando-a uma estratégia corretiva educacional, pois a delimitação entre educação e violência se confunde por causa de fatores históricos e culturais arraigados, que consideram a criança como ser em formação e propriedade dos pais, que, por sua vez, possuem o dever de direcioná-las, podendo puni-las, quando necessário, como método para que uma prática inadequada não se repita⁽⁵⁾. Esse tipo de relação entre pais e filhos expressado pelos enfermeiros é classificada como parentalidade autoritária, que visa o controle e obediência através de pais autoritários, que punem rigorosa e arbitrariamente os filhos quando eles não se adequam ao padrão estabelecido⁽¹⁷⁾.

É importante ressaltar que, no processo de educar, se faz necessário impor limites. De acordo com a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, deve ser realizado através de diálogo⁽³⁾.

Em concordância com a linha de cuidado, o Estatuto da Criança e do Adolescente no Artigo 18-A estipula:

A criança e o adolescente têm o direito de ser educados e cuidados sem o uso de castigo físico ou de tratamento cruel ou degradante, como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto, pelos pais, pelos integrantes da família ampliada, pelos responsáveis, pelos agentes públicos executores de medidas socioeducativas ou por qualquer pessoa encarregada de cuidar deles, tratá-los, educá-los ou protegê-los⁽⁴⁾.

A hipótese dos enfermeiros de que os pais são violentos com os filhos, devido ao fato de que eles reproduzem os padrões

educacionais aos quais eles foram submetidos, fundamenta-se no modelo transacional da violência, no qual os fatores individuais dos pais (história de maus-tratos) e os fatores culturais (a aprovação cultural do uso da violência) também são considerados como fatores de risco para o fenômeno⁽¹⁸⁾. A reprodução da educação violenta dos pais é um fenômeno chamado de violência transgeracional, na qual as crianças que foram vítimas se tornam agressores, pois tendem a repetir padrões de comportamento e funcionamento familiar vividos na infância, da qual herdaram modelos de valores baseados em violência^(8,19).

Essas famílias precisam de um trabalho terapêutico que permita a elas se reestruturarem, criando novas dinâmicas de enfrentamento para as situações de conflito, já que desconhecem métodos não violentos. É nesse contexto que se faz necessária a recuperação da integridade psíquica do abusador, sendo de responsabilidade da sociedade, que não foi capaz de protegê-lo quando criança⁽⁸⁾.

Os fatores individuais da criança expressados nas falas dos entrevistados também têm sido amplamente discutidos na literatura internacional como fator de risco no modelo transacional da violência, sendo eles considerados características próprias da criança como “problemas físicos ou psicológicos, hiperatividade, temperamento difícil, passividade e enfermidades frequentes e severas”⁽¹⁸⁾. É importante ressaltar que a busca desses fatores de risco não tem como objetivo culpar a criança pela violência, mas determinar quais crianças são mais vulneráveis à violência, permitindo um melhor direcionamento de políticas públicas.

Algumas falas remetem que a doença do filho e o ambiente hospitalar possam ser fatores desencadeantes da violência, pois produzem na mãe a frustração associada ao medo e a incerteza da recuperação total da saúde da criança, o que gera uma profunda sobrecarga emocional e sofrimento psíquico⁽⁷⁾. Em famílias que não possuem uma boa rede de apoio, a mãe, que costuma ser quem mais permanece na internação, pode entrar em conflito frente à realidade da hospitalização, já que ao mesmo tempo em que quer se dedicar ao filho doente, se sente dividida entre os cuidados dos filhos que ficaram em casa e o hospitalizado, exigindo de si desempenhar papéis semelhantes em locais geográficos distintos⁽⁷⁾. Segundo o modelo transacional, a baixa tolerância à frustração e ao estresse por parte dos pais constitui fator de risco para a violência⁽¹⁸⁾. Em contrapartida, algumas famílias apresentam resiliência, conseguindo superar as adversidades e lidar de forma positiva com a internação hospitalar.

Portanto, o acolhimento dessa família, realizado pela equipe multiprofissional, constitui-se como uma medida preventiva de situações de violência. A Política Nacional de Humanização compreende o acolhimento como uma atitude de inclusão, através da aceitação, credibilidade e aproximação⁽³⁾. A Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências considera imprescindível evitar julgamentos e acusações, explicitando que durante a entrevista “é fundamental estabelecer uma relação empática, deixando claro que o objetivo maior é a proteção da criança ou do adolescente”⁽³⁾.

A divergência das ações e intervenções realizadas pelos enfermeiros mostram a falta de um protocolo de assistência aos casos de violência contra criança e adolescente, porém a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência enfatiza

que os serviços de saúde precisam elaborar protocolos específicos de atendimentos direcionados à temática da violência e que, independentemente do motivo que levou a criança ou adolescente ao serviço de saúde, os serviços de saúde precisam investigar possíveis situações de conflitos familiares geradores de violência entre seus membros⁽³⁾.

Cabe ao profissional de saúde a detecção de riscos e vítimas, assim como interagir com os pais, apoiando-os psicologicamente e ajudando-os a desenvolver habilidades relacionais, parentais e sociais para enfrentar situações vulneráveis e conflituosas, de modo a evitar atos violentos^(5,7,20).

O Estatuto da Criança e do Adolescente no Artigo 13 determina que:

Os casos de suspeita ou confirmação de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante e de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais⁽⁴⁾.

No Código de Ética de Enfermagem, é referido que “o profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos em todas as suas dimensões”⁽²¹⁾ e que está proibido de “provocar, cooperar, ser conivente ou omisso com qualquer forma de violência”⁽²¹⁾.

Os entrevistados entendem que o registro das situações de violência constitui-se uma obrigação do profissional de enfermagem, porém as dúvidas sobre o local do registro são frequentes. Relacionado a isso, a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências determina que o local para registrar os dados referentes ao atendimento é o prontuário do paciente, devendo este ser o mais completo possível, já que pode ser requisitado em processos judiciais que visam à proteção da criança ou adolescente, também indicando que o prontuário deve conter os procedimentos adotados, as providências tomadas e os encaminhamentos⁽³⁾.

A separação entre os pais e a criança surgiu como uma possível ação diante da violência, porém, mesmo em situações de violência intra-hospitalar, deve-se avaliar, exaustivamente, a necessidade de separar os pais da criança, já que a presença desses no ambiente hospitalar traz benefícios para ambos. Para a criança, minimiza os traumas psicológicos e emocionais da hospitalização; para os pais, traz sentimentos positivos relacionados a participarem de forma construtiva da recuperação dos filhos⁽⁷⁾. Não se encontraram estudos avaliando a privação materna hospitalar em caso de violência.

Diante da complexidade do fenômeno da violência, o trabalho de uma equipe multidisciplinar é imprescindível, pois pode conjugar diferentes conhecimentos, olhares e estratégias. A Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências considera fundamental a participação de profissionais da área da saúde mental, desde o início do atendimento⁽³⁾.

A existência de uma equipe multiprofissional não garante, por si só, a assistência integral das crianças vítimas de violência, como foi indicado pelos entrevistados, sendo necessária a articulação das diferentes categorias profissionais através da comunicação efetiva entre elas⁽²²⁾. Entretanto, diversos fatores podem prejudicar a comunicação, como a diversidade na formação dos profissionais,

a tendência de uma categoria profissional se comunicar mais ou menos com outra categoria e o efeito da hierarquia, normalmente centrada no médico. A rigidez hierárquica prejudica a criação de um canal de comunicação, fazendo com que as categorias atuem em paralelo e não de forma integrada e articulada⁽²²⁾.

Tanto as dificuldades de comunicação entre a equipe multidisciplinar, relatada pelos enfermeiros, quanto a organização da assistência criticada por eles devem-se principalmente à falta de protocolos no serviço para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência. Tal fato também foi destacado em uma pesquisa no município de Cascavel, Paraná. Os autores identificaram como uma necessidade do serviço a criação de protocolos que definam as etapas e atribuições de cada profissional da equipe multidisciplinar⁽²³⁾. Eles consideraram que a criação deste protocolo evitaria a atuação fragmentada, possibilitando uma assistência ampla e de qualidade⁽²³⁾.

De igual forma, em uma pesquisa participante desenvolvida no Paraná, os profissionais de saúde destacaram a falta de comunicação entre todos os membros da equipe multiprofissional como uma das razões da ineficácia das ações de enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes; e identificaram a necessidade da construção de um protocolo que os auxilia no atendimento, porém ressaltaram que só funcionaria se fosse elaborado por eles, devido ao fato de eles conhecerem a rotina e os problemas da instituição⁽²⁴⁾.

Limitações do estudo

A principal limitação deste estudo relaciona-se com a escassez de referencial para comparação, pois não se encontram estudos com abordagem intra-hospitalar da violência contra criança. Outra limitação se deve ao fato de não poder ser generalizado, pois retrata uma realidade específica de um único hospital.

Contribuições para a área da enfermagem

Acredita-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir para que os enfermeiros elaborem estratégias para o enfrentamento da violência intra-hospitalar e, assim, subsidiar ações de prevenção de reincidência. Também se considera que os achados da pesquisa poderão contribuir para o planejamento do processo de trabalho na saúde, de forma a influenciar na organização do serviço, por meio da criação de fluxos de assistência específicos para o enfrentamento da violência contra a criança e adolescente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo atendeu aos objetivos propostos, mostrando um avanço sobre a concepção de violência na ótica dos enfermeiros, não restringindo apenas a violência física, considerando a importância da violência psicológica e da negligência como agressões causadoras de danos na criança e adolescente. Ainda assim, prevalece nos enfermeiros a ideia de a violência ser uma estratégia corretiva educacional socialmente aceita.

Também foi constatado o entendimento dos enfermeiros sobre a violência como um fenômeno complexo e multicausal, com fatores culturais intergeracionais marcados pela educação mediante a violência. Foram relatados como possíveis causas da violência: crianças com temperamentos difíceis; reprodutibilidade por parte dos pais da violência vivida na infância; e a hospitalização como uma situação de estresse desencadeante da violência.

As principais ações realizadas pelos enfermeiros foram: o diálogo com o acompanhante; a separação deste da criança; o registro e a notificação ao Conselho Tutelar. Mas, os enfermeiros realizavam intervenções diferentes, não existindo uma padronização das ações, mostrando que mesmo com os avanços da percepção da violência por parte dos enfermeiros, o enfrentamento da violência ainda constitui um desafio, sendo necessárias a capacitação dos profissionais de saúde e a criação de protocolos institucionais que determinem as ações a serem implementadas respeitando um plano de cuidados individualizado e centrado na família.

O estudo evidenciou que a comunicação e a articulação entre a equipe multiprofissional continuam sendo conflituosas, mantendo uma organização medicalocêntrica. Apesar disso, os enfermeiros compreendem a necessidade de melhoria da comunicação e participação das equipes envolvidas como estratégia para melhorar a qualidade da assistência.

Destaca-se que as políticas públicas para o enfrentamento da violência estão centradas na ocorrência de eventos fora dos ambientes institucionais e, assim, os profissionais não possuem diretrizes definidas sobre como abordar a situação de violência presenciada. Recomenda-se a realização de mais estudos abordando a temática e a adequação das políticas públicas para o enfrentamento da violência dentro dos ambientes institucionais criando fluxos de assistência em saúde e assim instrumentalizando os profissionais de saúde. Também se destaca a necessidade de fiscalização sobre a existência de protocolos internos nas unidades de saúde, conforme instituído pela Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2a ed. Brasília:MS; 2016. 92 p.
2. Almeida MGB. A violência na sociedade contemporânea. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2010. 161 p.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: MS; 2010. 104 p.
4. Ministério da Saúde (BR). Estatuto da criança e do adolescente. 12a ed. Brasília: MS; 2014. 241 p.
5. Bittar DB, Nakano AMS, Silva MAI, Roque EMST. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes na percepção de mães agressoras. Rev Eletron Enferm. 2012;14(4):771-8. doi: 10.5216/ree.v14i4.15739

6. Ministério dos Direitos Humanos (BR). Secretaria Nacional de Proteção dos Direitos da Criança e Adolescente. *Violência contra Crianças e Adolescentes: Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas*. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos; 2018. 377 p.
7. Bezerra LFR, Fraga MNO. Acompanhar um filho hospitalizado: compreendendo a vivência da mãe. *Rev. Bras. Enferm.* 1996;49(4): 611-24. doi: 10.1590/S0034-71671996000400011
8. Seixas MRD. A violência transgeracional no caso Raul: exemplo de competente trabalho terapêutico em rede. *Rev Bras Psicoter* [Internet]. 2010 [cited 2019 Jun 24];12(2-3):225-37. Available from: http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=33
9. Valera IMA, Almeida EC, Baldissera VDA, Jaques AE, Bueno SMV. Nursing team practices in dealing with children and youth violence. *Rev Bras Pesqui Saúde.* 2015;17(3):103-11. doi: 10.21722/rbps.v17i3.14142
10. Nunes GC, Nascimento MCD, Alencar MAC. Pesquisa científica: conceitos básicos. ID on line. 2016;10(29):144-51. doi: 10.14295/online.v10i1.390
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições70; 2004. 225 p.
12. Lombardi MR, Campos VP. A Enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. *Rev ABET.* 2018;17(1):28-46. doi: 10.22478/ufpb.1676-4439.2018v17n1.41162
13. Pimentel I. *Noções de psicologia aplicadas à educação*. São Paulo: Melhoramentos; 1978. 232 p.
14. Martins CBG, Jorge MHPM. A violência contra crianças e adolescentes: características epidemiológicas dos casos notificados aos Conselhos Tutelares e programas de atendimento em município do Sul do Brasil, 2002 e 2006. *Epidemiol Serv Saúde.* 2009;18(4):315-34. doi: 10.5123/S1679-49742009000400002
15. Braz M, Cardoso MHCA. Em contato com a violência: os profissionais de saúde e seus pacientes vítimas de maus tratos. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2006;8(1):91-7. doi: 10.1590/S0104-11692006000100013
16. Pasion MS, Faleiros JM, Bazon MR, Lacharité C. Negligência infantil: a modalidade mais recorrente de maus-tratos. *Pensando Fam* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jun 26];17(2):61-70. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v17n2/v17n2a05.pdf>
17. Crolman SR. Crianças com síndrome de Down e problemas de comportamento: estilos e práticas educativas de seus genitores. Juiz de Fora. [Dissertação] [Internet]. Universidade Federal de Juiz de Fora; 2018 [cited 2019 Jun 26]. Available from: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/7152>
18. Bringiotti MI. La escuela ante los niños maltratados. Buenos Aires: Paidós Iberica; 2000. 246 p.
19. Eichherr LM, Cruz LR. Violência contra crianças e adolescentes: (in)visibilidades e problematizações. *PSI UNISC.* 2017;1(1):74-87. doi: 10.17058/psiunisc.v1i1.9804
20. Santana RP, Santana JSS. Violência contra criança e adolescente na percepção dos profissionais de saúde. *Rev Enferm UERJ.* 2016;24(4):e7070:1-6. doi: 10.12957/reuerj.2016.7070
21. Conselho Regional de Enfermagem. COREN-RJ. Código de ética de enfermagem [Internet]. 2017 [cited 2019 Jun 20]. Available from: <http://www.coren-rj.org.br/wp-content/uploads/2017/08/OH-067-16-LIVRO-CODIGO-DE-ETICA-COREN-RJ-FINAL.pdf>
22. Nogueira JWS, Rodrigues MCS. Effective communication in teamwork in health: a challenge for Patient Safety. *Cogitare Enferm.* 2015;20(3):636-40. doi:10.5380/ce.v20i3.40016
23. Thomazine AM, Oliveira BRG, Viera CS. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento. *Rev Eletrôn Enferm.* 2009;11(4):830-40. doi: 10.5216/ree.v11i4.33237
24. Klippel YAM, Camargo D. Processo participativo entre profissionais de saúde para integrar o atendimento à criança vítima de violência. *Pesqui Prát Psicossociais* [Internet]. 2015 [cited 2020 May 19];10(2):340-53. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v10n2/11.pdf>