

**Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO**  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem  
Linha de Pesquisa – Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, do  
Adolescente e da Criança

Regina Celia Maranhão

**Violência entre Pares na Criança com Lesão  
Corporal por Queimadura: as Implicações no  
Cuidar pelo Enfermeiro Pediatra**

Rio de Janeiro  
2008

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Regina Celia Maranhão

**VIOLÊNCIA ENTRE PARES NA CRIANÇA COM LESÃO  
CORPORAL POR QUEIMADURA: AS IMPLICAÇÕES NO  
CUIDAR DO ENFERMEIRO PEDIÁTRA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito necessário à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Nébia Maria Almeida de Figueiredo

**Revisão Técnica e Ortográfica**

*Rosicléia Soares dos Santos, professora,  
formada pela Universidade Federal  
Fluminense.*

Rio de Janeiro  
2008

REGINA CELIA MARANHÃO

**VIOLÊNCIA ENTRE PARES NA CRIANÇA COM LESÃO  
CORPORAL POR QUEIMADURA: AS IMPLICAÇÕES NO  
CUIDAR DO ENFERMEIRO PEDIÁTRA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

**Banca Examinadora**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Nébia Maria Almeida de Figueiredo  
Presidente

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marialda Moreira Christoffel (EEAN/UFRJ)  
1<sup>a</sup> examinadora

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Leila Rangel da Silva (UNIRIO)  
2<sup>a</sup> examinadora

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Janice Machado Cunha (UERJ)  
3<sup>a</sup> examinadora

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais minha eterna gratidão,  
sem eles não seria possível...  
(In Memoriam)

À minha filha Tatiana,  
pela pessoa maravilhosa que está se tornando.

À minha neta Yasmim, que já faz parte  
da minha vida.

A todas as crianças que sofrem violência entre pares.

## **AGRADECIMENTOS**

À Dr<sup>a</sup> Nébia Maria Almeida de Figueiredo, pelo desafio em assumir minha orientação.

À minha filha Mariana pela dedicação e incentivo, dispensados em nossa convivência diária.

Ao amigo, Mestre Eduardo, pela sua amizade e incentivo.

## RESUMO

MARANHÃO, Regina Celia. **Violência entre Pares na Criança com Lesão Corporal por Queimadura: as Implicações no Cuidar pelo Enfermeiro Pediatra**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO. Rio de Janeiro, 2008.

Este estudo tem a finalidade de responder as questões: que tipo de comportamento agressivo ocorre entre crianças de seis a dez anos de idade, com lesão corporal por queimadura; como ela acontece – como a criança vitimizada se sente e reage? O objeto de investigação do estudo é a “violência entre pares”, que apresentem lesão corporal por queimadura e as possibilidades de prevenção através do cuidado do Enfermeiro pediatra. Os objetivos da pesquisa têm como identificar, que tipo de violência é sentido pela criança com lesão por queimadura; como ela convive com a problemática; como caracterizar e como acontece a violência entre crianças; e quais os sentimentos expressos pela criança vitimizada – propondo estratégias de intervenção e prevenção da violência entre crianças com lesão corporal por queimadura. A metodologia envolveu os métodos quanti-qualitativo e a produção de dados deram origem a três categorias: a primeira - A SUBJETIVIDADE na LEMBRANÇA, no MEDO e na DOR; a segunda – A OBJETIVIDADE: as crianças falam dos sentimentos e sensações sobre a queimadura; a terceira – as crianças falam dos sentimentos e das sensações da VIOLÊNCIA provocada por seus pares acerca da queimadura. Concluímos que a temática da violência entre pares contribuirá para divulgar e ampliar a discussão para além do contexto acadêmico, incluindo a saúde, em especial o enfermeiro pediatra.

Palavras-chave: *Bullying*. Criança. Violência entre pares. Enfermeiro pediatra. Queimadura

## **ABSTRACT**

**BURNS AGAINST VIOLENCE: implications in the practical care by the pediatric nurse.**

Nébia Maria Almeida de Figueiredo  
Regina Celia Maranhão

The main objective of this study is to answer to the following questions: what type of aggressive behavior can occur among six to ten years old children who suffered body lesion by burn? How it happens – how the victims feel about it, and how they react? The object of investigation is the “violence among fellows” with body lesion by burn and the chance of prevention by the care of a pediatric nurse. The objectives of the research include: which type of violence is realized by a burned child; how he deals with this problematic; how to define it and how the violence among children happen; and which are the feelings expressed by the victimized child – proposing intervention and violence prevention among children with body lesion by burn strategies. The methodology included qualitative and quantitative methods and the acquired data resulted in the definition of three categories: the first – SUBJECTIVITY in the MEMORY, their FEAR and the PAIN; the second – OBJECTIVITY: the children spoke about their feelings and sensations about the burn; the third – the children spoke about the feelings and sensations resulted from the VIOLENCE of the children who burned them. We concluded that this thematic - the violence among fellows – contributed to promote and to increase the discussion over the academic context, including the Health, specially the pediatric nurse.

**Keywords:** bullying. Child. Violence among fellows. Pediatric nursery. Burn



## RESUMEN

### **La violencia entre parejas (bullying) en los niños con lesiones por quemadura: Las implicaciones en el cuidar del enfermero pediatra.**

Nébia Maria Almeida de Figueiredo  
Regina Celia Maranhão

El principal objetivo de este estudio es de contestar a las preguntas siguientes: ¿qué tipo de conducta agresiva puede ocurrir entre los niños de seis a los diez años de edad que sufrieron lesión de cuerpo por quemadura? ¿Cómo sucede – cómo las víctimas se sienten acerca de ello, y cómo ellos reaccionan? El objeto de investigación es la "violencia entre iguales" con lesión de cuerpo por quemadura y la oportunidad de prevención por el cuidado de una enfermera pediátrica. Los objetivos de la investigación incluyen: cuál tipo de violencia es dado cuenta de un niño quemado; cómo él trata con esta problemática; cómo definirlo y cómo la violencia entre niños sucede; y cuales son los sentimientos expresados por el niño hecho de víctima – proponiendo estrategias para la intervención y prevención de la violencia entre niños con lesión de cuerpo por quemadura. La metodología incluyó los métodos cualitativos y cuantitativos y los datos adquiridos resultaron en la definición de tres categorías: la primera – la **SUBJETIVIDAD** en la **MEMORIA**, su **TEMOR** y el **DOLOR**; la segunda – la **OBJETIVIDAD**: los niños hablaron acerca de sus sentimientos y sensaciones acerca de la quemadura; la tercera – los niños hablaron acerca de los sentimientos y sensaciones resultados de la **VIOLENCIA** de los niños que los quemaron. Concluimos que este temático - la violencia entre iguales – contribuyó a promover y aumentar la discusión sobre el contexto académico, inclusive la Salud, especialmente la enfermera pediátrica.

Palabras clave: Intimidar. Niño. La violencia entre iguales. Guardería infantil pediátrica. Quemadura

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
1.1	COLOCAÇÃO DO PROBLEMA .....	10
1.2	JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA .....	17
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>20</b>
2.1	VIOLÊNCIA NA INFÂNCIA – UM BREVE HISTÓRICO .....	20
2.2	A CRIANÇA – SEU DESENVOLVIMENTO E CRESCIMENTO .....	24
2.3	A CRIANÇA E AS LEIS – O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE .....	27
2.4	O ENFERMEIRO PEDIATRA - E AS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO NA VIOLÊNCIA INFANTIL .....	28
2.5	LESÕES POR QUEIMADURAS .....	30
2.5.1	Caracterização da lesão por queimadura .....	31
2.5.2	Fisiopatologia .....	33
2.5.3	Complicações .....	34
2.5.4	Sobre PRÁTICA e CUIDADOS de enfermagem.....	35
2.6	SOBRE A VIOLÊNCIA E ACIDENTE DOMÉSTICO – E A CRIANÇA COM QUEIMADURAS .....	40
2.7	CRIANÇA COM LESÕES POR QUEIMADURA: E A PRÁTICA DA VIOLÊNCIA ENTRE CRIANÇAS OU PARES, O BULLYING.....	41
2.8	VIOLÊNCIA ENTRE PARES NA ESCOLA.....	50
2.9	O ENFERMEIRO PEDIATRA - DIANTE DA VIOLÊNCIA ENTRE PARES .....	52
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>54</b>
3.1	TIPO DO ESTUDO .....	54
3.2	CENÁRIO E ATORES .....	57
3.3	INSTRUMENTO E TÉCNICAS PARA PRODUÇÃO DOS DADOS .....	57
3.3.1	Primeiro momento – em busca de um imaginário .....	58
3.3.2	Segundo momento – o imaginário objetivado .....	59
3.3.3	Terceiro momento - Aplicação do instrumento (Anexo II) .....	60
3.3.4	Quarto momento.....	61
3.3.5	Quinto e último momento.....	61
3.4	CARACTERIZAÇÃO DOS DEPOENTES .....	62
3.4.1	Sexto momento – apresentando AS IMAGENS produzidas na brincadeira acerca do corpo.....	65
3.4.2	Comentário técnico.....	69
3.4.3	Sétimo momento – os trabalhos sobre os DADOS QUANTITATIVOS -Apresentação introdutória dos dados produzidos nas ENTREVISTAS .....	70
3.4.4	Sobre os dados quantitativos acerca da queimadura – dos resultados .....	71
3.4.5	Depois da Queimadura .....	73
3.4.6	Oitavo momento – o trabalho sobre os DADOS QUALITATIVOS .....	77
3.5	RESULTADOS – ANÁLISE E DISCUSSÃO DA CATEGORIAS .....	82
3.6	SOBRE AS CATEGORIAS .....	85
3.6.1	Discussão sobre a primeira categoria – A SUBJETIVIDADE na LEMBRANÇA, no MEDO e na DOR: sentimento e sensações das crianças.....	85
3.6.2	Sobre a segunda categoria – A OBJETIVIDADE: as crianças FALAM de SENTIMENTOS e SENSACIONES sobre a queimadura .....	95
3.6.3	Sobre a terceira categoria - A OBJETIVIDADE: as crianças FALAM dos sentimentos e das sensações da VIOLÊNCIA provocada por seus pares acerca da queimadura.....	101
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>111</b>
<b>5</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>116</b>
<b>6</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>121</b>
6.1	ANEXO I.....	122
6.2	ANEXO II .....	124

# 1 INTRODUÇÃO

*“Um dos maiores desafios da humanidade, postergado ao século XXI é o de extirpar as principais causas que ameaçam a construção da paz, dentre as quais se destaca a violência”. (FANTE, 2005, p.20)*

## 1.1 Colocação do problema

Este estudo tem como tema central o *bullying* traduzido para o português como humilhação, constrangimento, intimidação, comportamentos cruéis, intimidadores, repetitivos, prolongadamente contra uma mesma vítima, seja ela criança, adolescente ou adulto, embora, no Brasil, a pesquisadora Fante (2005, p.21) venha dispensando atenção apenas para crianças e adolescentes.

Independente de idade enfrentar e intervir no fenômeno violência tem sido um desafio para toda uma sociedade, porque ela estimula sentimentos diversos que são desencadeadores de novos fenômenos que geram a delinquência e a outras formas explícitas de violência.

Como enfermeira, pertencente a uma profissão que orienta como princípio nunca colocar a vida do outro em risco, saber cuidar de pessoas ou crianças que sofrem violência é no mínimo vislumbrar uma cena que nos é abominável e desafiadora quando pretendemos, também, for uma vez contra a violência.

Torna-se mais complexo ainda, se queremos intervir porque é um fenômeno universal velado dentro da sociedade, porque a criança e/ou adolescente vitimizado, não relata

que é repetidamente violentado psicologicamente por uma criança ou adolescente, ou por adulto, de modo a não se dessocializar do grupo a que pertence, até porque sendo o *bullying* um fenômeno social, que deve ser amplamente investigado para encontrarmos estratégias de identificar, o mais precocemente possível, que alguém está sendo violentado. Assim, esse tema, violência, vem nos preocupando como enfermeiras, e eu como enfermeira pediátrica, desde 1988 quando me especializei em Enfermagem Pediátrica pela Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN/UFRJ), aprofundou meus conhecimentos em pediatria de forma relevante para a prática de enfermagem profissional de cuidar de doenças orgânicas. No entanto, mesmo não tendo sido destacada no curso a questão da violência infantil ampliou, nessa época, minhas reflexões acerca do tema, pois era impossível não se lembrar dela porque a sociedade, a cada dia, tomava conhecimento pela mídia da presença da violência na rua, em casa, nas emergências dos hospitais.

Assumindo, em 1994, a Direção de Enfermagem do Instituto de Pediatria Martagão Gesteira, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, tive a oportunidade de gerenciar essa instituição. No meu plano de trabalho pretendia contribuir para a melhoria da qualidade do Serviço de Enfermagem e, entre os temas que eram de interesse, destaquei a violência como de interesse da minha gestão. Durante o desempenho da função não foi possível destacar atenção para a violência infantil, talvez, porque o tema não fosse de interesse naquele momento, ou porque a experiência da enfermagem nesse campo de atuação carecesse de fundamentos teóricos e de práticas diferenciadas daquelas que estamos habituadas a exercer na pediatria, mesmo que tenhamos aprendido a olhar para o corpo da criança mais detalhadamente na busca de sinais e signos da presença da violência. Ao ingressar no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, durante o processo de discutir temas de interesse da enfermagem eu e minha orientadora decidimos sobre o OBJETO de investigação

para o desenvolvimento desta pesquisa explicitado como: a violência entre crianças ou entre pares, que apresentam lesão corporal de queimaduras e as possibilidades de prevenção através do cuidado da Enfermagem Pediátrica.

Quando destacamos que a enfermagem tem possibilidades de reconhecer e prevenir a violência social, reportamo-nos, inicialmente, àquela violência conhecida de todos nós, que tem sido de interesse em nossa sociedade entendida como conflito intrafamiliar, maus-tratos de adultos contra as crianças ou adolescentes, no qual era identificada a violência que aparecia na forma física, onde a situação era resolvida pontualmente. Isto é, se tomava providências naquele espaço de tempo. Estudos de Assis (1991) e Deslandes (1993) mostram abordagens espacialmente localizadas, onde 33% das crianças e adolescentes relatam agressões nas suas relações com os pais. Agudelo (1989) aponta em seu estudo, realizado em um hospital na Colômbia, que 41.000 pacientes pediátricos atendidos têm diagnóstico de problemas de maus-tratos. A autora relata também uma pesquisa realizada em um hospital de Medellín, na Colômbia, entre 1987 e 1988, onde foi constatado que 73,8% das crianças maltratadas recorreram aos serviços a famílias vivendo com menos de um salário mínimo, juntando-se, assim a violência estrutural e a doméstica. A Associação Brasileira de Crianças Abusadas e Negligenciadas informa que no Brasil, em 1992, 4,5 milhões de crianças foram vítimas de violência (MINAYO, 2007a).

Vale destacar que “[...] a violência é um dos eternos problemas da teoria social e da prática política e relacional da humanidade [...]” (MINAYO, 2007b). Logo, não é uma situação de fácil resolutividade, porque mesmo quando a criança verbaliza sobre o assunto, seu cuidador e/ou pais e professores, não aceitam como fato verídico. O comumente observado é que não se acredita na criança, de imediato. Suas informações sobre qualquer violência que ela refira sempre são apontadas como fenômeno da sua imaginação e quando se descobre que ela é real já é tarde de mais.

O que tem acontecido é que a maioria dos profissionais, marcados por um ensino que privilegia a racionalidade científica, de só considerar o que é mensurável e visível como sinais e sintomas, ele não investe, em também, trabalhar com signos que o corpo emite ou ainda não sabem fazer essa leitura.

O que é esperado para ser acreditado pelo profissional é que a criança deva ter um sinal físico para que se tome providências, quando deveria ser considerada a violência mais subjetiva, não aquela que marca e que aparece no corpo, mas sim na alma, no âmago do ser, nos signos do rosto, das mensagens e das expressões corporais.

O interesse em estudar o tema se intensificou quando, em 1998, um acidente doméstico, me colocou no caminho de viver esse tipo de violência, ao vivenciar a experiência de cuidar, como mãe e enfermeira pediatra, de minha filha, internada em um Centro de Tratamentos de Queimados no Rio de Janeiro, que foi submetida a um auto-enxerto; com 1 ano e 3 meses de idade sofreu um acidente com óleo super aquecido, tendo queimaduras de 1º, 2º e 3º graus, com 7% de área lesada e deixando como seqüela uma grande cicatriz na face e ptose do olho esquerdo. Tal situação culminou com a necessidade de ser submetida a várias cirurgias plásticas reparadoras. Em decorrência de todo o processo, alterações do ponto de vista social e psicológico foram acontecendo ao longo do tempo. Porém, mais atenta, observei sinais, sintomas, signos expressos pelo corpo e que, repentinamente, minha filha começou a apresentar uma série de queixas como: dores abdominais, insônia, cefaléia, choro sem nenhuma razão aparente e algumas vezes, respostas agressivas (comigo, seu pai e irmãs); levando-a a ser submetida a exames específicos como: ultra-sonografia abdominal, radiografia do tórax, exames de sangue, urina, fezes, não sendo detectada nenhuma alteração física.

Vivendo a experiência de ter uma filha com queimadura me descobri diante de uma criança que também demonstrava sinais de violência, pois ela começou do ponto de vista emocional, a apresentar alguns desequilíbrios, verbalizando entre lágrimas “que não

compreendia porque as pessoas olhavam tanto para ela”. Passei a observar o comportamento de minha filha que inclusive chegou a me agredir fisicamente durante o tratamento fisioterápico. Suas reações, sua interação com outras crianças, adultos, professores, familiares e em ambientes diversos como: festas infantis, parques de diversão, praia, viagens e escola, passaram a exigir de mim um novo “olhar clínico” para perceber o medo, o corpo que informa que está sendo destruído tanto por adultos, adolescentes e crianças, nos ambientes acima citados e em algumas vezes também por professores de sua escola.

Sobre o olhar clínico, buscamos em Ellenberg (2005) como ele o descreve:

[...] ao investigar sobre o hospital moderno, que se edificou na Revolução Francesa, quando Michel Foucault, percebeu a importância da linguagem clínica – caracterizada sob o título de OLHAR CLÍNICO – definido como o que é procurar, encontrar e identificar como conduta dos profissionais do hospital moderno. Entretanto, uma leitura mais – ÉTICA – do hospital moderno reivindica um outro tipo de linguagem. Para tal, apoiamo-nos em filósofos como Emmanuel Lévinas ou Marc-Alain Quaknin, para construir esta nova linguagem, que denominamos “CARINHO ÉTICO” incluído no olhar clínico.

Um novo termo que tem um componente que nos interessa e nos aguça encontrar qual é o seu significado para ampliar não só o nosso olhar, mas os de todos que se interessam pelo tema na área da enfermagem pediátrica.

Nessa busca encontramos em Chalita (2008, p.13) que nos desafia na procura de uma pedagogia que desenvolva no ser humano o que ele tem de melhor, informando que esse melhor é a amizade como caminho e missão para ajudar o outro diante de sua dor. Para ele *bullying* é a negação da amizade, do cuidado, do respeito, onde o agente agressor impiedosamente expõe o agredido às piores humilhações. Assim, parece-nos que a amizade é mais uma conduta clínica que envolve olhos e carinho.

Isto seria, na enfermagem pediátrica, encontrar formas de olhar para a linguagem corporal da criança, mergulhar nela, com paciência, acreditando que existem signos indicadores, argumentos para descobrir fatos, significações múltiplas apresentadas

pelas crianças quando estamos com elas cuidando. Acreditar no que elas nos dizem, ou que seus corpos expressam, é a tentativa de entrar nas suas experiências para se tornar acessível aos seus universos, mesmo que de início, compartilhem com elas de suas experiências de imaginação.

Aprofundando minhas reflexões sobre a experiência vivida, em 2002 participei de um encontro na Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA), onde assisti a uma palestra sobre o “Fenômeno do *bullying*”, o que me despertou para a problemática. E assim, na prática cotidiana, algumas vezes me deparei com crianças que são vítimas de violência emocional, levando-me a buscar um maior aprofundamento sobre a temática. Com isso, surgiu o desejo de divulgar o fenômeno do *bullying* para a sociedade, comunidade acadêmica, enfermeira e pediatra, reunindo conceitos, textos, literaturas, artigos e experiências vivenciadas.

Buscando novos conhecimentos, inscrevi-me como aluna especial do Curso de Mestrado da EEAN/UFRJ, na disciplina “O cuidar/cuidado na Saúde da Criança: Implicações para a Prática Profissional”, que me ofereceu a oportunidade de estudar a saúde da criança no contexto da violência na infância, oportunizando a realização de alguns trabalhos como, em São Paulo, em 2003, sob o tema “Violência na infância: um desafio para a prática da Enfermagem Pediátrica” e outros apresentados em congressos.

No contexto em que se insere o objeto deste estudo parece imprescindível dizer que ele tem sido uma preocupação de muitos de nós da Enfermagem Pediátrica e a produção do conhecimento existente, ainda tem pouco destaque para o fenômeno *bullying*.

No Brasil, a pedagoga Cléo Fante publicou, em 2005, na cidade de São Paulo, um livro com o título *Fenômeno bullying: como prevenir a violência nas escolas e educar para a paz*, que descreve crianças e adolescentes vítimas de violência física e emocional e/ou crianças e adolescentes agressoras no ambiente escolar. Um espaço no qual o



enfermeiro não tem o hábito de atuar, mas que acredito ser um profissional capaz de contribuir na identificação do fenômeno.

Também pressuponho de que o *bullying* entre as crianças se entende como: VIOLÊNCIA, OPRESSÃO, TIRANIA, expressas em atitudes agressivas, intencionais e repetitivas que ocorrem sem motivação evidente, seja por uma ou mais criança e/ou adolescente, acompanhada de sentimentos fortes de humilhação, medo, baixa auto-estima e que muitos adultos já vivenciaram em sua infância ou adolescência; podendo ter origem no próprio espaço em que viveram. Acredito também que identificar esse fenômeno exige criar estratégias novas na relação de modo severo, onde uma ética solidária é mais espontânea. O que tem ocorrido, é que as crianças agressoras são rotineiramente “perdoadas”, sem que se trabalhe com elas a tomada de suas próprias consciências corporais e de grupo. Poderia ser um modo de evitar o fortalecimento de nascer para uma violência adulta e social, que provoca crimes concretos e crimes subjetivos criando a cultura do medo na criança que é vitimizada.

Sobre isso Pinheiro e Glasser (2003) dizem que - o medo do crime é um sentimento que está colocado em todos nós desde a infância - ampliando suas afirmativas sobre o medo ele afirma que “[...] um dos mais graves paradoxos nesse campo é induzir a população e os governos a ignorar fatores que aliviariam os temores, o que acaba por contribuir para que tudo aquilo que tanto se teme, torne-se realidade”.

Essa é uma afirmativa que se enquadra perfeitamente no estudo da violência infantil que tem acontecido sob os olhos dos profissionais e da família por falta de habilidade em identificar os “signos expressos pelo corpo violentado” ou por medo da violência “infantil” nos envolver, ficam com medo de reagir. Após essas considerações, as questões que norteiam este estudo são: que tipo de violência ocorre entre crianças com lesão corporal por queimadura? Como acontece e como é essa violência? Como a criança violentada se sente e reage?

Provavelmente são questões merecedoras de estratégias diferentes para que seja possível a produção de informações, o mais aproximado possível da realidade, já que estaremos investigando crianças com cicatrizes por queimadura, sobre possíveis violências sentidas a partir de seus pares (ou não). Os Objetivos são:

- 1) Identificar que tipo de violência é vivida pela criança com lesão corporal provocada por queimadura nos ambientes aonde ela vive;
- 2) Caracterizar como acontece a violência e que sentimentos são expressos pela criança que sofreu a violência; e
- 3) Propor estratégias de intervenção e prevenção da violência entre pares à criança com lesão corporal provocada por queimaduras.

## **1.2 Justificativa e Relevância**

Parece-nos justificável um estudo sobre o *bullying* ou violência entre pares uma vez que a existência da produção de conhecimento nessa área na Enfermagem Pediátrica brasileira é muito insignificante ou quase não existe. Também pela preocupação que o tema “Violência na infância” tem desencadeado na sociedade brasileira é internacionalmente, um tema extremamente discutido, uma questão de interesse das políticas públicas.

A escolha pela criança que sofre violência entre pares com lesão provocada por queimadura, justifica-se porque estas crianças ao serem inseridas de volta na sociedade e ao conviverem com outras crianças que não tenham a mesma condição física, em família, na escola, nos parques infantis e festas, com certeza se tornam alvos de agressões de seus pares. Estudar como acontece tem sua relevância porque possibilita novas reflexões sobre o papel

social da Enfermagem no cuidado às famílias que têm crianças com lesões por queimadura que podem ser agressivas ou vítimas agressoras.

Os enfermeiros de um modo geral, e não só os pediátricos, podem ampliar suas ações junto aos familiares, às crianças e à sociedade, contribuindo através de ações educativas para identificar o fenômeno. Um exemplo é a consulta de Enfermagem Pediátrica, onde o enfermeiro com sua autonomia e competência poderá reconhecer e intervir com a criança vítima de violência entre pares, as crianças agressoras e as vítimas agressoras. Podem também estimular a união de esforços entre os profissionais na área de saúde para assistir as crianças que têm uma diferença (pois serão futuramente estigmatizadas) e que provavelmente terão menos chance na concorrência cotidiana de viver.

Acredito que o estudo contribuirá para divulgar a temática da violência infantil e ampliar sua discussão para além do contexto educacional, incluindo a saúde, em especial para o enfermeiro pediatra. Além disso, permitirá combater o malefício do silêncio dos profissionais e das entidades públicas ou privadas que cuidam, orientam e educam crianças e adolescentes que sofrem com o fenômeno *bullying*.

A violência de qualquer tipo tem sido a bandeira de muitos países e de muitas profissões que se preocupam com o indivíduo e seu bem-estar.

É, hoje, praticamente unânime, por exemplo, a idéia de que a violência não faz parte da natureza humana e a mesma não tem raízes biológicas. Trata-se de um complexo e dinâmico fenômeno biopsicossocial, espaço de criação e desenvolvimento é a vida em sociedade. Portanto, para entendê-la, há que se afirmar especificidade histórica. Daí se conclui também, que na configuração da violência se cruzam problemas da política, da economia, da moral, do Direito, da psicologia, das relações humanas e institucionais e o individual. (MINAYO,1994).

Por isso, acredito que esta pesquisa, ainda limitada e uma das primeiras da enfermagem brasileira, pode significar um sinal de alerta para o interesse da Enfermagem Pediátrica, que deverá identificar a violência de qualquer tipo. Devendo chamar a atenção da

academia, da sociedade e dos profissionais de saúde para um "OLHAR" mais acurado à criança que muitas vezes silencia, mas se expressa corporalmente. Provavelmente um "olhar clínico" que indique condutas, para que possamos compreender esses pequenos sujeitos no cuidado em pediatria.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

*“A violência infantil sempre fez parte do histórico da humanidade registrada inclusive na Bíblia, especificamente na Gênese 34. No Brasil os relatos se fazem presente no período do Império, da escravatura.”(MARANHÃO, Regina ET AL, 2002).*

### 2.1 Violência na infância – Um breve histórico

Nos primórdios da civilização, há relatos descritos na Bíblia sobre a violência contra a criança ressaltada por Santos (1987) que exemplifica:

O filho de Hamour que violentava Dinah filha de Jacó descrito na passagem de Gênesis 34, e a ordem dada pelo rei do Egito às parteiras Hebréias que todo e qualquer filho homem fosse assassinado ou lançado ao rio. (OLIVEIRA, 1990, p.9).

Na antiga civilização Grega, as crianças deformadas eram eliminadas e as saudáveis poderiam ser oferecidas aos deuses. Para os romanos, o pai tinha direito de vida e de morte sobre o seu filho e o abandono da criança era costumeiro, de acordo com Fisheti (1996) e Martone (1994), citado por Cunha (1998, p.10).

Segundo Martone (1994) a proteção da criança data do século 529 d.C., quando Justiniano promulgou a lei que previa a criação de orfanatos para órfãos e crianças abandonadas. Já no século XII, a criança não era representada pela arte medieval e quando acontecia, sua imagem era sempre apresentada como a de um pequeno adulto.

No Brasil, o período denominado de Colonização, foi marcado pela destruição das tribos indígenas e seguido do período da escravatura de negros. As crianças negras e escravizadas eram expostas a diferentes formas de violência. Ao nascerem eram afastadas do convívio familiar de suas mães, para que estas alimentassem com seu leite

materno, o filho do “senhor de escravos”. Por conseguinte, seu próprio filho ficava a mercê, das “migalhas” ou das sobras dos pratos de seus “senhores”.

A violência imposta às crianças escravizadas, também era um modo de lazer das crianças filhas dos “senhores de escravo”. Estes eram oferecidos de presente para que a criança “branca” brincasse, com um toque de maldade explícita, com os pequeninos escravos. Tais fatos estão belamente retratados, nas pinturas de Debret no Brasil Colonial. Ainda no século XVIII, no Brasil temos também como testemunho de violência à criança, as denominadas “Rodas dos Expostos”, onde crianças, muitas vezes recém nascidas de moças solteiras da sociedade vigente, eram colocadas neste local, que ficava no exterior de algum orfanato ou hospital da cidade. As crianças eram colocadas na “roda” à noite, sem que se pudesse identificar a família ou sua origem materna.

[...] igualmente conhecida por casa dos Enjeitados, casa da Roda ou simplesmente roda, esta instituição foi criada em 1738 por Romão Matos Duarte, com o objetivo caritativo – assistencial de recolher as crianças abandonadas. O nome de roda pelo qual se tornou conhecida deve-se a assimilação da Instituição ao dispositivo onde eram depositadas as crianças. A roda era um cilindro de madeira que girava em torno de um eixo, com uma parte da superfície lateral aberta, por onde eram introduzidas os “expostos”. (SOARES, apud CUNHA, 1998, p.13).

Este dispositivo, “a roda”, foi inventado com o propósito de proteger as famílias e as crianças, já que os filhos ilegítimos poderiam ter a oportunidade de serem adotados por outras famílias e, assim, à honra familiar não seria violada.

Em Nova York, 1846, a Sociedade Protetora contra Violência em Animais, ganhou uma causa legal, em favor de uma criança que foi severamente espancada pelo pai. Foi o primeiro caso de perda do pátrio poder (SANTOS, 1987).

Em 1865 surgiram em Paris e posteriormente em Lyon, as primeiras sociedades protetoras da infância que tinham como objetivo garantir a inspeção médica das crianças colocadas pelos pais aos cuidados de nutrizas e também de aperfeiçoar os sistemas de

educação, os métodos de higiene e a proteção das crianças de classes pobres. Suas revistas continham a rubrica “crimes e acidentes”, em que eram mencionados os fatos indicativos de maus tratos (DONZELOT, 1980, p.15-48).

Em 1924, foi promulgada a Primeira Declaração dos Direitos da Criança em Genebra. Esta primeira declaração não tardou a ser desrespeitada, com o fascismo na Itália (filhos dos socialistas) e o nazismo na Alemanha (crianças judias), com o extermínio de milhares de crianças.

O chicote e a palmatória eram usados como instrumentos de correção. As instituições para crianças desamparadas e segregadas, utilizavam agressões físicas com conotação pedagógica (OLIVEIRA, 1990, p.9). Estas agressões permaneceram até a década de 60 eclodindo na “síndrome da criança espancada” descrita por Kempe em 1962, na Finlândia. Contudo a mesma já era identificada por Ambroise Tardieu em 1868, a partir de 32 autópsias realizadas em crianças espancadas até a morte e queimadas.

No Brasil em 1927 foi promulgado o Código de Menores, classificando as crianças em: carente, abandonado, assistido e infrator. Somente em 20 de novembro de 1959, a Organização das Nações Unidas (ONU) promulgou a Declaração dos Direitos da Criança, que defendia a proteção contra a crueldade, negligência, exploração e abuso (OLIVEIRA, 1990, p.11). Em 1964, foi criado o Serviço de Atendimento ao Menor (SAM) que mais tarde passa a ser denominado Fundação do Bem-Estar do Menor (FUNABEM).

Em outubro de 1979 é elaborado o novo código de menores que propõe a extinção das expressões: carência assistida, abandono, infrator, passando a ser denominado “menor em situação irregular” (MARANHÃO et al, 2002, p.3). O conceito de violência é moderno, pois antes recebia o nome de maus tratos e a agressão física como caráter corretivo, era bem aceita. (MARANHÃO et al, 2002, p.4) Os tipos de violência descritos são:

- Abuso Sexual – é o ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual, cujo agressor esteja em desenvolvimento psicossocial mais adiantado que a criança ou adolescente com a intenção de estimulá-la sexualmente ou utilizá-la para satisfação sexual (prostituição, pornografia);
- Abuso psicológico – é a interferência negativa de um adulto ou pessoa mais velha, sobre a competência social da criança, produzindo um padrão de comportamento destrutivo, onde os danos permanecem ocultos. As seis formas mais praticadas são: rejeitar, isolar, aterrorizar, corromper e produzir expectativas irreais ou extremadas exigências sobre o rendimento escolar, intelectual ou esportivo da criança;
- *Bullying* – conjunto de atitudes agressivas, intencionais e repetitivas que ocorrem sem motivação evidente, adotado por um ou mais estudantes contra outro, causando dor e angústia, e executado dentro de uma relação desigual de poder;
- Abandono – a) Abandono parcial é a ausência temporária dos pais expondo-as às situações de risco. b) Abandono total é o afastamento do grupo familiar, ficando as crianças sem habitação, desamparadas, expostas à variadas formas de perigo.
- Negligência - significa privar a criança de algo que necessita, quando isso é essencial ao seu desenvolvimento sadio;
- Outra – Síndrome de Münchausen por procuração – quando o adulto usa a criança ou negligencia o cuidado à criança simulando uma doença para benefícios próprios. Por exemplo: permanência da criança desnutrida para manutenção de uma bolsa alimentação ou engravidar para manter o auxílio.



## 2.2 A criança – seu desenvolvimento e crescimento

Descrever as principais tendências ou padrões no crescimento e desenvolvimento da criança é um processo longo que merece um estudo muito mais profundo. Embora não poderíamos nos furtar de citar a temática, já que nossa pesquisa refere-se especificamente a crianças de 6 a 10 anos de idade.

De acordo com Whaley e Wong (2002, p.75), “o crescimento e o desenvolvimento, usualmente referidos como unidade, expressam o somatório de numerosas alterações que ocorrem durante a vida de um indivíduo.” Logo, para estas etapas serem melhor entendidas, são utilizadas tendências universais e básicas, partindo de padrões amplos e globais de comportamento através de períodos etários. Cada criança cresce em sua própria velocidade, cresce através de um modo pessoal, próprio e único. A grande variação ocorre na idade em que os marcos do desenvolvimento são alcançados.

### PERÍODOS ETÁRIOS DO DESENVOLVIMENTO

Período pré-natal	Concepção ao nascimento
Germinativo	Concepção ao nascimento
Embrionário	2 a 8 semanas
Fetal	8 a 40 semanas (nascimento)

A relação entre a saúde materna e certas manifestações no neonato enfatiza a importância dos cuidados pré-natais adequados para a saúde e o bem estar do lactente.

Período de lactente	Nascimento até 12 meses
Neonatal	Nascimento até 27 ou 28 dias
Lactente	1 até aproximadamente 12 meses

O período de lactente é o desenvolvimento motor, cognitivo e social. Cuidados de (pai/mãe). O lactente estabelece uma relação de confiança básica no mundo. E por causa dos importantes ajustes físicos à existência extra-uterina e do ajuste psicológico dos pais, freqüentemente este período é diferenciado do restante.

Fase inicial da infância	1 a 6 anos
Infante	1 a 3 anos
Pré-escolar	3 a 6 anos
Fase intermediária da infância	6 a 11 ou 12 anos

Período onde criança atinge a locomoção ereta até a sua entrada na escola, caracteriza-se por descoberta e atividade intensa. Acentua-se o desenvolvimento físico e da personalidade. As crianças adquirem linguagem e relacionamentos sociais mais amplos, aprendem os padrões de função, ganham autocontrole e domínio, desenvolvem a consciência da dependência e independência e começam a desenvolver um autoconceito.

Referida como idade escolar, é o período de desenvolvimento que a criança esta dirigida para fora do grupo familiar e se centraliza ao redor do mundo mais amplo dos colegas. Existe um avanço nos desenvolvimentos físicos, mental, social e das competências e habilidades. A cooperação social e o desenvolvimento moral inicial tomam maior importância, com relevância para os estágios posteriores da vida. Período crítico no desenvolvimento de um autoconceito. Um componente vital desta etapa é a imagem corporal,

o que as crianças pensam de seus próprios corpos, valores e atitudes corporais, das capacidades e dos ideais. E a auto-estima, refere-se a um julgamento pessoal e subjetivo do grupo em que esta inserida.

As crianças que sofrem algum tipo de violência entre pares, na fase denominada intermediária da infância (de 6 a 11/12 anos) denominado período da produtividade, é o objeto de estudo de nossa pesquisa e segundo Silva (1995, p.19) é o período onde o estudante tem seu desenvolvimento psicológico, baseado em diversos comportamentos com características mais marcantes, onde a presença do pensamento lógico, em lugar do mágico do pré-escolar.

Segundo Freud (apud WHALEY; WONG, 1999), o estágio de produtividade (6 a 12 anos) é um período decisivo em suas relações sociais com os outros. Sentimentos de inadequação e de inferioridade podem desenvolver-se quando se espera muito delas ou quando elas acreditam que não podem superar os padrões estabelecidos para elas por outras pessoas.

Período tardio da infância	11 a 19 anos
Pré-púbere	10 a 13 anos
Adolescência	13 até aproximadamente 18 anos

Período de maturação e alterações rápidas conhecido como adolescência. É considerado um período de transição que começa no início da puberdade e se estende até o ponto de entrada no mundo adulto. No período da adolescência a jovem pessoa internaliza os valores aprendidos e se concentra numa identidade individual ao invés de uma identidade grupal.

## 2.3 A criança e as leis – o Estatuto da Criança e do Adolescente

Em 1988, foram aprovados na Constituição Brasileira vários artigos garantindo à criança e ao adolescente o direito à cidadania. Em seu capítulo VII, no artigo 227, determina que:

[...] é dever da família, da sociedade e do estado assegurar o direito à vida à alimentação, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-la a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão [...] (BRASIL, Constituição, 1988).

Em 13 de julho de 1990, foi sancionado pelo presidente Fernando Collor de Mello, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que representa uma ruptura, uma evolução de fato, não só mudança administrativa no trato com a criança e o adolescente, pois o Estatuto assegura proteção integral às crianças e aos adolescentes; os anteriores garantiam proteção exclusivamente àqueles que estivessem em “situação irregular”.

A concepção jurídica – fruto de hábitos e costumes sociais – da criança e do adolescente transforma-se com o Estatuto. Se antes de 1990 o menor era considerado apenas quando em situação irregular e na condição de objeto de medidas judiciais, posteriormente passa a “sujeito de direitos”, na condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. Dessa maneira, registram-se mudanças no processo judicial, no funcionamento do magistrado [...] (NUNES, 2003, p.127).

O ECA vai além, “garante às crianças e aos adolescentes direitos pessoais e sociais pela criação de oportunidades e facilidades que promovam seu desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade.”(MARANHÃO apud NUNES, 2003, p.128).

E sendo assim, Nunes (2003, p.134) afirma que:

[...] o Estatuto aplica-se a qualquer criança, independentemente da posição social, fica explícito o poder do instrumento legal. Mesmo com algumas características utópicas, sua existência é substrato legal do exercício da cidadania. De posse de instrumentos poderosos,

entendendo-lhes as doutrinas, considera-se necessário certo controle social [...].

Temos também o Conselho Tutelar, um órgão permanente e autônomo que tem como principal papel de garantir o cumprimento dos direitos da criança e do adolescente tendo como campo de ação o Município. O Conselho Tutelar desempenha várias tarefas e para implementar algumas de suas atribuições conta com o apoio de instituições governamentais e Organizações Não Governamentais (ONG).

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. (BRASIL, ECA, Art. 13, 1990, p.14)

## **2.4 O enfermeiro pediatra - e as estratégias de intervenção na violência infantil**

Cabe ressaltar que pela Resolução da Secretaria Estadual de Saúde, o enfermeiro está apto a cuidar de crianças vítimas de maus tratos ou abuso. A resolução determina a obrigatoriedade, por parte dos enfermeiros, de notificar o abuso sofrido por crianças e adolescentes de até 18 anos. Essa resolução contribui para a diminuição dos casos de maus tratos contra estas vítimas e para a elaboração de medidas preventivas. A prestação do atendimento às vítimas requererá a estruturação e a organização da rede de serviços do SUS, de modo que se possa diagnosticar a violência e acidentes entre os usuários e acolher as demandas, prestando-lhes atenção digna, de qualidade e resolutiva, desde o primeiro nível de atenção (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p.427).

Em 1999, o Estado do Rio de Janeiro, através da Secretaria de Saúde instituiu uma Notificação compulsória por todo profissional de saúde, de todo tipo de violência sofrida

por crianças e adolescentes até 18 anos, servindo como modelo para implantação em todo o Brasil. As estratégias existentes pairam pelas instituições governamentais e não-governamentais.

As notificações de casos suspeitos aos Conselhos Tutelares garantem a criança e ao adolescente a integridade física, psíquica e moral preservando sua dignidade. Aplicando assim no agressor a pena devida. Os profissionais da saúde deverão ser capacitados a identificar maus-tratos, acionar os serviços existentes, visando a proteção da criança vitimizada, e acompanhar os casos identificados. Sendo assim, a atuação do enfermeiro no atendimento a criança vítima de diferentes tipos de violência abrange: fazer notificação através de ofício aos Conselhos Tutelares ou na falta destes, comunicação ao Juizado da Infância e da Juventude; fazer notificação da ocorrência a autoridade policial e solicitar guia de encaminhamento para exame de corpo delito.

Respaldados pela Constituição Federal e pelo ECA (1990) os profissionais de enfermagem precisam acreditar que a denúncia de violência à criança e ao adolescente é realmente levada a sério e passível de punição do denunciado e não pode ser negligenciada. E a omissão da denúncia também pode ser entendida como um ato violento. (MARANHÃO et al, 2002). É uma medida compulsória, existindo impressos próprios para tal.

Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências. (BRASIL, ECA, Art.13, 1990, p.18)

Na formação do enfermeiro, encontramos ainda nos dias atuais, instituições de ensino universitário que não abordam esse assunto em seus currículos, fazendo com que o registro de ocorrência da violência às crianças e ao adolescente, seja desqualificado. Reproduzindo, numa cultura de omissão, que também contribui para o medo da “revanche” do denunciado ou de problemas legais. Principalmente se for em área considerada de risco e/ou violenta. O hospital com atendimento pediátrico e de emergência, deve formar um Comitê de

Maus Tratos mantido por equipe multidisciplinar trabalhando de forma interprofissional. Segundo o código de Ética da Enfermagem, é considerada infração ética “provocar, cooperar ou ser conivente com maus tratos” (Art52).

## **2.5 Lesões por queimaduras**

Lesões por queimaduras são responsáveis por um grande número de crianças que têm de passar por uma hospitalização prolongada, dolorosa e restritiva. As queimaduras são causadas por agentes térmicos, químicos, elétricos ou, em raras ocasiões, radioativos. As lesões térmicas são as mais comuns, seguidas, respectivamente, pelas lesões químicas e elétricas.

A extensão da destruição tecidual é determinada considerando-se a intensidade da fonte de calor, a duração do contato ou exposição, a condutividade do tecido envolvido e a rapidez com que a energia térmica é dissipada pela pele. A exposição de uma chama pode produzir lesões por queimadura semelhantes àsquelas induzidas por uma longa exposição a um calor menos intenso em água quente.

As queimaduras químicas podem ser lesões graves, mas pode-se diminuir muito a extensão da lesão com um tratamento de emergência eficaz. As queimaduras elétricas podem ser enganosas porque, embora a lesão cutânea possa ser mínima, a maior parte dos danos pode estar sob a pele, nos tecidos musculares e ósseos, que não podem ser vistos, e podem ser inicialmente de difícil diagnóstico. As queimaduras elétricas são, com frequência, queimaduras de espessura integral, envolvendo músculos e ossos (queimaduras de quarto grau). As extremidades podem ser “mumificadas”, com a presença de uma escara negra carbonizada. Nesse sentido nos é impossível esquecer a função do pelo como protetor do

corpo e tem funções diversas ao corpo que ele cobre e que sua cor, sua textura, sua aparência, seu calor são funções indutoras de aproximação ou de fuga para aqueles que buscam no outro uma pele bela, lisa, cheirosa, rosada e macia ao toque. Pele entendida, por Montagu (1983), como a própria dimensão humana, que mantém a integração e troca entre o mundo interno e externo, o limite entre os corpos.

A queimadura realiza um equivalente de situação experimental onde as funções da pele são suspensas ou alteradas e onde é possível observar a repercussão correspondente sobre certas funções psíquicas. O eu - pele, privado de apoio corporal, apresenta então certo número de falhas as quais é possível, no entanto, remediar em parte por meio psíquico (ARTZ; MONCRIEF; PRUITT, 1980).

### **2.5.1 Caracterização da lesão por queimadura**

As respostas fisiológicas, a terapia, o prognóstico e a identificação de crianças com lesões por queimadura estão todos diretamente relacionados à quantidade de tecido destruída; por isso, a gravidade da lesão por queimadura é avaliada com base na porcentagem da superfície queimada e na profundidade da queimadura. São importantes na determinação da gravidade da lesão e a localização das feridas, a idade da criança, o agente causal, a presença de um envolvimento respiratório, as condições gerais de saúde da criança e a presença de qualquer lesão ou condição associada.

- Extensão da Lesão – A extensão de uma queimadura é expressa como uma porcentagem da área de superfície corporal total (ASCT).
- Profundidade da lesão – Uma lesão térmica é uma ferida tridimensional e, por isso, é avaliada em relação à sua profundidade. Têm-se usado os termos primeiro, segundo e terceiro grau para descrever a profundidade das lesões teciduais.



- Queimaduras superficiais (de primeiro grau) – Geralmente têm significância menor. Os danos teciduais são mínimos, as funções protetoras permanecem intactas e os efeitos sistêmicos são raros. A dor é o sintoma predominante, e a queimadura se cura sem cicatrizes em 5 a 10 dias.

- Lesões em camadas parciais (de segundo grau.) – Essas feridas são dolorosas, úmidas, vermelhas e cheias de bolhas. Essas queimaduras envolvem a epiderme e parte da derme. A derme permanece intacta, e a ferida cicatriza em 14 dias.

- Queimaduras dérmicas profundas – Embora sejam classificadas como lesões de queimaduras de segundo grau ou camada parcial, são semelhantes em muitos aspectos às lesões de camada total. A diferença é que as glândulas sudoríparas e os folículos capilares ficam intactos e cicatrizam espontaneamente em 30 dias.

- Queimaduras em camada total (de terceiro grau) – São lesões graves em que todas as camadas da pele, epiderme e derme são destruídas e o tecido subcutâneo subjacente é afetado.

- Queimaduras de quarto grau – São lesões que atingem a camada total, sendo necessária a excisão da cicatriz da queimadura e enxertos para a obtenção de uma cobertura permanente para a ferida.

Teoricamente, nos casos de queimaduras de camada total, as terminações nervosas foram destruídas, e não deve haver dor alguma associada a este tipo de lesão. Contudo, muitas queimaduras em camada total ocorrem juntamente com queimaduras superficiais e de camada parcial, nas quais as terminações nervosas estão intactas e expostas. Assim, também a excisão da cicatriz e do local doador.

Quando as queimaduras são caracterizadas pela idade do paciente e o tipo de lesão, surge o seguinte padrão (ADAMS, HUNT; PARDUE, 1991): as crianças que estão começando a andar são as mais freqüentemente escaldadas de enxerto, o que acarreta a

exposição de fibras nervosas. Finalmente a sensação dolorosa retorna à regeneração das fibras periféricas. Em consequência disto, as crianças muitas vezes sentem dores fortes, que estão relacionadas ao tamanho e à profundidade da queimadura (ATCHISON et al., 1991).

Mesmo quando as terminações nervosas são destruídas, as crianças podem apresentar dores cutâneas fantasmas. As queimaduras também são avaliadas com base em sua gravidade, que é útil para determinação do encaminhamento e do tratamento do paciente. Por exemplo:

(1) aqueles com uma grave lesão por queimadura, que necessitam dos serviços e do equipamento de uma unidade especializada de queimados;

(2) aqueles com queimaduras moderadas que podem ser tratados em unidade hospitalar; e

(3) pacientes com queimaduras menores que podem ser tratados ambulatorialmente.

### **2.5.2 Fisiopatologia**

As lesões térmicas produzem tanto efeitos locais como sistêmicos que estão diretamente relacionados à destruição tecidual. Os danos teciduais são mínimos nas queimaduras superficiais. Nas lesões de camada superficial, há um edema considerável e danos capilares mais graves. Em uma grande queimadura de mais de 30% da ASCT, há uma resposta sistêmica envolvendo um aumento da permeabilidade capilar, possibilitando a perda de proteínas plasmáticas, líquidos e eletrólitos.

A anemia é outra resposta sistêmica, causada pela destruição teórica direta das hemácias, hemólise das hemácias lesadas e seqüestro de hemácias. O seqüestro de hemácias nos trombos microvasculares de células lesadas. A diminuição no número de hemácias pode ocasionar a diminuição do tempo de vida das hemácias. Há, inicialmente, um aumento do fluxo sanguíneo ao coração, cérebro e rins e diminuição do fluxo sanguíneo do trato gastrointestinal.

### **2.5.3 Complicações**

As crianças com lesões térmicas estão sujeitas a várias complicações graves, tanto pela ferida como pelas alterações sistêmicas decorrentes da lesão. O risco à vida está diretamente ligado ao comprometimento das vias aéreas e ao choque profundo. A septicemia é o problema mais crítico no tratamento de queimaduras, sendo uma ameaça presente após a fase de choque. Essas complicações dizem respeito aos aspectos físicos observáveis que causam em quem olha uma pele queimada, muitas vezes, desconforto, dificuldade de olhar ou de se aproximar, a não ser por curiosidade. Um corpo queimado apresenta uma outra imagem e se for no rosto a pessoa pode passar a ser uma face desmascarada, feia de olhar.

As complicações na alma não têm sido investigadas, de modo mais objetivo, mas na prática empírica a pessoa queimada sofre por ela mesma, sofre pelo tratamento, sofre pelos preconceitos, sofre porque não é aceita e muitas vezes também não se aceita e sofre com o olhar curioso dos outros. São complicações onde ainda não tem sido de interesse de investigações mais rigorosas na enfermagem, principalmente quando se trata de crianças.

#### 2.5.4 Sobre PRÁTICA e CUIDADOS de enfermagem

A partir de uma filosofia, de uma percepção do ser, composto de mente, espírito (alma) e corpo, o cuidar do enfermeiro pediatra propõe a interação com outro de modo a permitir que a enfermagem entre em contato com o majestoso mundo subjetivo da criança, e no intuito de contribuir para a sua reconstituição como ser, é possível desprezar uma postura de afastamento, de poder em relação à vulnerabilidade do outro, que o aprisiona, que o mantém à mercê, que caracteriza um tipo de cuidar que muito se distancia do valor epistemológico da palavra humanização.(VIEIRA; RODRIGUES, 2007).

Sendo assim, cuidar de uma criança com lesão corporal provocada por queimaduras implica para o enfermeiro pediatra em um grande desafio porque não basta apenas estabelecer uma via aérea adequada, terapias de reposição hídrica, facilitar a cura, curativos, prevenir as complicações a curto prazo ou a longo prazo, cuidados com a nutrição, medicação, excisões, debridamentos ou enxertia de pele, tudo isso acontece no plano da intervenção emergencial quando a criança já chega queimada.

Entrar em contato com essa criança, na maioria das vezes exige das enfermeiras pensarem em prevenção e em cuidar das mães, que chegam cheias de culpas por terem deixado uma vela acesa, um botão de gás aberto, uma panela com o cabo fora do fogão, etc.

Segundo Menezes e Silva (1988):

[...] a assistência de enfermagem ao paciente queimado exige competência, habilidade e conhecimentos atualizados. Mais que isso, entretanto, acreditamos que uma exposição objetiva dos problemas físicos e psicológicos enfrentados pelo queimado, a par de uma orientação firme quanto ao seu atendimento, ajude ao leitor a enfrentar com mais serenidade situações que, sabemos todos, são sempre cercadas de instantes dramáticos e sofrimentos por vezes irreversíveis.

Os fundamentos deste tópico exigem de nós pensarmos dois espaços de cuidados: PRÉ-CUIDADOS na emergência e PÓS-CUIDADOS na enfermaria. O primeiro momento onde a criança é atendida é na emergência hospitalar e que se caracteriza como um momento de tensão para salvar a vida e evitar danos e seqüelas mentais. A enfermagem tem ação fundamental e imprescindível na manutenção da infra-estrutura para que a criança ou adulto sejam atendidos com segurança e competência, pela equipe de saúde.

Nesse momento, a conduta clínica se fundamenta na manutenção da vida e para um corpo queimado que é anatômico, biológico, químico e fisiológico, onde a atenção centra-se na manutenção dos sinais vitais, da oxigenação, das eliminações. É o momento da intervenção medicamentosa e de atendimento e controle de sinais e sintomas de complicações. Cuidados que envolvem observação intensa para detecção de sinais de complicações ou de melhora das condições.

A enfermagem centra-se também numa prática de cuidar e de manutenção do ambiente que possa ser indutor de infecções hospitalares. Trata a criança e encaminha para casa ou para o centro de tratamento de queimados. A enfermeira pediátrica deve voltar-se para a família e provavelmente para a mãe da criança.

A família deve ser orientada para, no contato com o paciente, evitar cenas de espanto, cobranças de comportamento e notícias desagradáveis. Devem ser adotadas atitudes que, expressem carinho, afeição e segurança. (MENEZES; SILVA, 1988, p. 115).

Parece-nos importante criar condutas para incluir a criança e a família nesse espaço onde entrarão em contato com outros queimados. É nesse primeiro momento que olham e vêem queimaduras e podem reagir da mesma forma que os outros: com medo, nojo ou curiosidade.

Aqui falamos de cuidados PÓS-EMERGÊNCIA, a fase de envolver a criança em processos dolorosos de cuidar porque todos sabem o quanto dói cuidar de uma lesão de queimadura, para aquele que tem e para aquele que cuida dela. É uma convivência de

dor para as enfermeiras pediátricas e envolvem o aguçamento reflexivo para pensar num cuidado continuado e nas seqüelas físicas, emocionais e sociais, que sempre advêm das queimaduras, que elas precisam trabalhar para desenvolver o preparo e um plano de cuidado para com a família.

As autoras Menezes e Silva (1988) retratam a relevância de um cuidar com olhar: “Em se tratando de crianças é importante mantê-las integradas com o programa que vinham desenvolvendo na escola. Os familiares, amigos e grupos da comunidade do bairro devem ser trabalhados no sentido de tratar o paciente como uma pessoa normal.”

Deve-se pensar que as crianças em seus espaços de convívio em casa, na escola, na rua podem não serem bem recebidas, serem motivos de curiosidade. Parece que é durante a internação que tudo deve se iniciar como meta para o futuro quando a criança tiver alta e envolve orientação para: família, amigos e professores da escola onde a criança estuda.

Porém, ao receberem alta hospitalar, o enfermeiro deverá encaminhar os pacientes queimados que necessitem constantemente de ajuda, onde o autocuidado se torna impossível e no caso das crianças, quando não existe um familiar que se dispõe a prestar um auxílio ao tratamento das seqüelas e especializado em queimaduras.

O ambulatório para clientes queimados deve estar de preferência, inserido num contexto hospitalar, onde o cliente deve ser acompanhado não só pelo cirurgião plástico e equipe de enfermagem, mas também pelo fisioterapeuta e assistente social. (MENEZES; SILVA, 1988)

Devemos como enfermeiros, oferecer uma atenção especial à orientação para os familiares sobre os cuidados prestados a domicílio.

Segundo as autoras Menezes e Silva (1988), nestas orientações devem ser enfatizados os seguintes aspectos:

1) cuidados com os curativos – alertar para procurar o serviço mesmo antes da data aprazada (3 a 5 dias), quando o curativo apresentar sinais de umedecido, apresentar mau cheiro, secreções ou sujidade e edemas acentuados;

2) repouso – orientar sobre a necessidade do repouso e posicionamento adequado da área queimada, evitando seqüelas desnecessárias;

3) alimentação – incentivar o aumento de ingestão em proteínas e vitaminas, aumentando as defesas orgânicas e acelerando o processo de cicatrização.

Durante o acompanhamento no ambulatório a atenção deve ser redobrada para que se identifiquem sinais e signos na criança (rosto, corpo, ruídos de comunicação) que possam indicar qual tipo de violência física ou emocional. Normalmente as intervenções de enfermagem concentram-se num plano de cuidados e é sempre aquele que a maioria das enfermeiras e sua equipe saibam onde esteja prescrito. É importante planejar um esquema de cuidado domiciliar para esta criança com a facilitação de seu retorno ao lar, identificando a sua capacidade, suas restrições e liberdades para possibilitar de modo realista um estilo de vida alterado, porém não impossível.

Ajudar a família a estabelecer metas realistas para si mesmas, para a criança e para os demais membros da família é validar o plano de cuidados do enfermeiro. Encorajar a criança nas atividades de auto cuidado conforme a necessidade e suas capacidades.

Ensinar a família e a própria criança a lidar com o estresse e a desenvolver a independência é capacitar para aumentar sua auto-estima. Fazendo assim a criança educa-se para a atividade de auto-ajuda. O enfermeiro deve encorajar sentimentos de esperança, discutir com a criança e/ou a família recursos para tratar com especialistas, o desfiguramento para facilitar o ajuste da criança em seu retorno à sociedade como exemplos: perucas, maquiagem, etc.

Estimular as atividades recreativas para as crianças, pelos familiares, com um sentido de normalidade. A criança com lesão por queimadura passa por um processo de sentimentos e preocupações conturbadas quanto à aparência. E suas reações são muitas vezes percebidas por outras pessoas. Assim, cabe ao profissional de saúde fazer com que esta criança verbalize suas emoções, sentimentos em relação às cicatrizes de queimaduras e que dê sugestões, participe positivamente para ajustar-se à aparência e à resposta da sociedade e seus pares. São metas do cuidar.

Nesse caminho, a criança demonstrará melhor imagem corporal, justificando os sentimentos a respeito da aparência física para facilitar o ajuste às alterações da sua imagem corporal. Passando a discutir com elas sentimentos em relação a voltar para a casa, família, escola e amigos. De modo a melhorar os mecanismos de ajuste, devemos reconhecer e realçar os pontos fortes da criança. E preparar essa criança para reintegração na sociedade. Encorajando o máximo de independência para dar à criança a sensação de controle, evitando o estresse e a expectativa de lidar com as outras pessoas.

A meta para autocuidado a longo prazo é um plano que a enfermagem ainda desconhece, difícil de ser explorado, que tenta dar conta da subjetividade do processo em que criança e família se sentem diferentes pela queimadura; que tenta dar conta de trabalhar emoções, auto-imagem, sentimentos e medos provocados pela queimadura indutora de sofrimentos difíceis de serem identificados em pouco tempo. Essa fase é a mais difícil, quando a enfermeira trabalha com a criança e a família a baixa auto-estima, os sentimentos, as emoções e os enfrentamentos.



## **2.6 Sobre a Violência e Acidente doméstico – e a criança com queimaduras**

Como o acidente por queimaduras em crianças, muitas vezes está vinculado à violência doméstica, e com forte impacto na morbidade e na mortalidade dessa população infantil, levantaremos oportunamente a temática.

Segundo o Ministério da Saúde (2000), “acidente é entendido como evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais. Assume-se que tais eventos são, em maior ou menor grau, perfeitamente previsíveis.”

A violência doméstica, também caracteriza por ocorrer no âmbito da família e as crianças têm sido vítimas de diferentes tipos de acidentes e violência. E na infância o ambiente doméstico é o principal local onde são gerados esses agravos.

Por essa razão, se estabelece a seguinte classificação estratégica: acidentes domésticos (quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos e outras lesões), acidentes extradomiciliares (acidentes de trânsito e de trabalho, afogamento, intoxicações e outras lesões), violência doméstica (maus tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono) e violência extradomiciliar (exploração do trabalho infanto-juvenil e exploração sexual, além de outras originadas na escola, na comunidade, nos conflitos com a polícia, especialmente caracterizados pelas agressões físicas e homicídios, bem como a violência auto-infligidas, como a tentativa de suicídio). (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000)

## **2.7 Criança com lesões por queimadura: e a prática da violência entre crianças ou pares, o *bullying***

Ao articular a queimadura ao fenômeno *bullying* como uma ação de violência sobre o corpo queimado, é importante dizer que a base teórica que sustenta o tema é desenhada a partir de temas mais gerais no que diz respeito à violência, isto porque não existem muitos trabalhos sobre violência/*bullying* específicos para crianças com lesão corporal provocada por queimaduras, que sofre violência entre pares. Atravessando os dois temas, tentamos trazer a possibilidade de uma enfermagem, mais específica à pediatria, ampliando o que é dito para esta questão. Provavelmente, é uma construção teórica seminal, mas que encontra alguma relação com o que queremos construir a partir do que é *bullying*, isto é, violência entre crianças e/ou adolescentes da mesma faixa etária, grupo e classe onde o fundamento teórico não é específico da área de enfermagem, mas de outros profissionais que vêm se preocupando com o fenômeno.

Entender a violência é segundo Giordani (2006), pressupor uma complexidade, polissemia e controvérsia, fatores que têm gerado muitas teorias em torno da temática. Para a autora, na prática, é comum que a violência seja interpretada por estudiosos do assunto como ações humanas de indivíduos, grupos, classes, nações que desencadeiam a morte de seres humanos ou que afetam suas integridades físicas, sensoriais ou espirituais. Isto é, qualquer ação que faça o outro sofrer.

Essa afirmativa, embora seja para adultos, pode ser atribuída também para jovens e crianças que agredem moralmente outras crianças, o que torna para nós, profissionais de saúde, mais um desafio para a prevenção e intervenção de ações onde a atenção é fundamental, porque o adulto violento, agressor, debochado, provavelmente foi uma criança

que vivenciou um comportamento aprendido dentro de casa quando numa família violenta e/ou nas experiências vividas em abandono nas ruas, por exemplo.

Segundo Minayo e Souza (1997-1998 p.63); “a violência apresenta profundo enraizamento nas estruturas sociais, políticas bem como nas consciências, individuais e coletivas”. Corroborando a autora, Aldrovandi (1997) afirma que:

[...] a violência é um fenômeno altamente complexo e sintoma de desequilíbrio; para entendê-la, é necessário mergulhar nas estruturas materiais e sociais construídas pelos homens, ser que, embora intelectual, por vezes se mostra incapaz de controlar seus próprios instintos.

O *bullying* é diferente das brigas que frequentemente acontecem entre iguais, provocadas por motivos eventuais. Essas brigas acontecem e acabam. O *bullying*, ao contrário, é metódico, persistente, não precisa de razões para acontecer. A vítima, ao se preparar para ir à escola, ao parque, a festa, sabe o que o aguarda. O seu desejo é fugir. Mas não pode. E não há nada que possa ser feito para que o *bullying* não aconteça. Informar aos pais, professores pode agravar a situação. O medo e o ódio se misturam com o desejo de vingança e a vontade de destruir os agressores. Essas fantasias, infelizmente podem se transformar em uma realidade.

Muitas vezes esse agressor, “valentão”, ou *bully*, valendo-se de seu tamanho e de sua popularidade no grupo de crianças e/ou adolescentes, agride e intimida seus colegas mais fracos que não sabem se defenderem. Por vezes o *bullying*, que nesse trabalho denominamos de violência entre pares; não se expressa por “murros e tapas” ou abuso físico. Comumente a violência entre pares se vale de “zombarias” e dos apelidos ridículos e de extremo mau gosto. Geralmente os “valentões” andam em grupos e este grupinho concorda em transformar uma criança e/ou adolescente em motivo de “chacota” por meio de apelidos e, com isso, humilha a vítima e a exclui do meio social.

Uma vítima de violência entre pares, quase sempre deixa de ser convidada para participar das festinhas. Lembro de um episódio de uma coleguinha de minha escola, que nunca tinha par para as danças folclóricas por ser obesa. Ela tomou os medicamentos (moderador de apetite) de sua mãe e morreu de overdose. Nunca consegui entender.

Os meninos estão envolvidos com o *bullying* numa frequência muito maior, tanto como autores quanto como alvos. Já entre as meninas, embora com menor frequência, o *bullying* também ocorre e se caracteriza, principalmente, como prática de exclusão ou difamação. (PORTAL DE PSIQUIATRIA, 2007).

Encarado por várias gerações como "bobeira de criança", hoje o fenômeno é uma das maiores preocupações para pedagogos e psicólogos, e em se tratando de acarretar danos à saúde como um todo, o enfermeiro se encarrega também de sensibilizar-se e acompanhar essa intercorrência traumática da criança e do adolescente. (LOPES NETO, 2005)

[...] Na cidade de Taiúva, interior do estado de São Paulo, um jovem humilde e tímido de 18 anos foi vítima de seus companheiros de escola durante 11 anos por causa de sua obesidade, propondo-se, então a emagrecer. Se não bastasse ser chamado de "gordo", "mongolóide" e "elefante cor-de-rosa", ainda adquiriu o apelido de "vinagrão". Por ingerir vinagre de maçã todos os dias para ajudar no emagrecimento de padrões de comportamento. (FANTE, 2005)

Quando Chalita (2008) afirma que o *bullying* é a negação da amizade, do cuidado e do respeito, ele diz que isso vem “acompanhado de apelidos perversos e atitudes covardes de quem tem mais força física ou mais poder. O agredido dificilmente encontra coragem para se defender e permite que se fechem as cortinas”.

Por incrível que pareça as crianças, também, são capazes de agredir seus pares através do chamado fenômeno *bullying*, com um agravante de que é um fenômeno universal velado dentro da sociedade, porque a criança e/ou adolescente vitimizado, não relata que é repetidamente violentado psicologicamente por uma criança ou adolescente, de modo a

não se dessocializar do grupo a que pertence, e sendo assim, também é confirmado como fenômeno social, porque as crianças pertencem à sociedade. Daí a necessidade de estudos com divulgação dos indicadores comprovadores do índice deste tipo de violência – materiais explicativos em “Educação em Saúde”, melhores meios de conhecimento, pesquisas e jornadas, entre outras – sobre violência psicológica que apresentem o diagnóstico do fenômeno *bullying*, torna o assunto mais reflexivo, auto-observação, de modo a exteriorizar para favorecer essencialmente a participação de profissionais como: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais e professores, para juntos prevenir precocemente o desenvolvimento desta população infantil a não se tornar apenas uma vítima, mais um futuro jovem ou adulto marginalizado e agressivo também.

Acostumadas a cuidar sob a proteção institucional, os enfermeiros pediatras são especialistas em proteger as crianças dos riscos previsíveis, tão comuns em suas práticas de cuidar com agravos de saúde quando hospitalizadas, pouco se dá conta do que acontece fora dos muros do hospital como sendo de sua responsabilidade. Violências para essas crianças são em decorrência de práticas invasivas (dolorosas) necessárias quando tem o objetivo de intervenção para o diagnóstico e para a cura.

Sobre VIOLÊNCIA, precisamos conhecer: o que é, quais são os fatores e seus efeitos, que para nós ainda pressupõe uma complexidade que tem muitos significados e suas causas ainda provocam muita controvérsia porque desconhecemos. Isto é, porque trata de uma ação humana (na infância também), sobre outro ser humano e, quando se trata de falar disso a partir da criança tudo é mais complexo porque se imagina que o adulto tenha consciência, o livre arbítrio e o comportamento maduro, enquanto que a criança está em formação.

A palavra violência tem uma conotação negativa, pois está vinculada à noção de ato moralmente reprovável, isto é, contra o qual existe uma presunção negativa, de tal forma que quem comete intencionalmente este tipo de ato é obrigado a justificá-lo, mostrando que existem boas

razões em princípio mais fortes que a presunção negativa que temos contra ele. (TORRES, 2002).

A violência é um fenômeno social e histórico presente em todas as sociedades. Na área de saúde pública no País, no entanto, apenas nas últimas décadas tem sido objeto de atenção especial.

Nessa linha de raciocínio, ficamos a pensar que, quando as crianças procedem do mesmo modo tal qual os adultos, elas reproduzem o que vivenciam em seu *habitat*” e não sabemos precisar em que situações vivenciaram a experiência de violência. A produção de danos, não só físicos por isso visíveis, mas de danos subjetivos tem complexidades próprias e sempre ocorrem em situação de interação, quando um de maneira indireta ou direta vai produzir agravos, que tem graus variáveis na integridade física, psicológica e moral.

Um impasse na nossa compreensão se instala quando tomamos conhecimento do que rege a Lei nº. 9.455, de abril de 1997, que trata os crimes de tortura, que não cabe às crianças. No entanto, a “violência infantil,” já reconhecida também de modo inconsciente e sem o amadurecimento adequado, também provoca “violência psicológica e moral, aquela que humilha, oprime e subjuga”. Se os adultos não podem, conforme a lei, constringer alguém com emprego de violência, grave ameaça causando-lhe sofrimento físico e mental (art. 1), as crianças quando causam este tipo de mal a outra, provavelmente não têm consciência do que fazem então o tratamento é outro. Estas considerações aqui colocadas são para não perder de vista que uma criança agressiva, que humilha a outra, pode se tornar um adulto violento, passível de cometer crimes e que todos nós devemos estar atentos aos pequenos delitos cometidos por ela – os pais em casa, os professores na escola, as enfermeiras nos hospitais e unidades de saúde. Elas merecem ajuda e não julgamento como acontece com os adultos.

Minayo e Souza (1997 – 1998) dizem que, “entre as inúmeras explicações para as causas da violência, há as que sustentam a tese de que elas resultam de necessidades biológicas, psicológicas e sociais a determinantes naturais”.

Tentando compreender o que é essa violência muito de perto, ao olhar para minha filha, com queimadura de face, voltada para o fenômeno, tive a oportunidade de presenciar sua tristeza e decepção quando, certa vez, relatou-me que se sentia profundamente incomodada com o “olhar” das pessoas em relação aos questionamentos dos adultos, e que não tinha a compreensão de que sua cicatriz era assim tão visível ou feia a ponto de agredir o padrão de estética preestabelecido pela sociedade e reportei-me à palestra sobre o *bullying*.

Sem considerar que nesta investigação só interessa a situação vivenciada por mim e minha filha, parti para analisar quantas crianças poderiam estar sofrendo tal violência em casa, na escola, entre as próprias crianças e principalmente quando são portadoras dos problemas que as classificam dentro de uma categoria excluída pela sociedade. Isto é, a classe dos feios (esteticamente), dos pobres, dos mal vestidos, dos mal alimentados, dos sem educação e etc.

Como profissionais da Enfermagem e uma delas Pediatra, conhecedoras do Estatuto da Criança e do Adolescente; cientes da nossa responsabilidade de proteger especificamente a criança e o adolescente descobrimo-nos perguntando o que fazer. Como a prática do cuidar pode ser uma atividade de prevenção da violência infantil contra seus pares e como proteger deles as crianças que apresentam diferenças?

Essa questão coloca em cena as crianças que apresentam seqüelas de queimaduras como um dos alvos preferidos para outras crianças que as agredem porque são diferentes, são feias, que, ao olhar para elas, eles – os sadios e com aparência agradável, não suportam ver e conviver com elas.

As crianças e/ou adolescentes vítimas da violência entre pares, denominado de *bullying* - entendido como constrangimentos sofridos - chegam dentro de uma Consulta de Enfermagem, aos olhos do Enfermeiro Pediatra, com queixas tão comuns como por exemplo: diurese noturna, falta de apetite, cefaléia, depressão e etc., que mascaram o *bullying*. É desafiador cuidar como queremos, particularmente pelo fato do fenômeno violência/*bullying* ser negado. Pesquisas de opinião, análise documental, análise de trabalho e pesquisas são inexistentes, tornando-se fundamental aprofundar a construção de um saber para buscar formas de valorização humana como princípio (TOMEY; ALLIGGOD, 1998).

Para Martins; Boemer e Ferraz (1990), é nesse fenômeno que surge a necessidade da busca para uma consciência e o que se manifesta para essa consciência como resultado de uma interrogação. Do grego “*phainomenon*” ou do verbo “*phainesthai*” como se mostrar, desvelar-se, o *bullying* (humilhação, constrangimentos) cria, de forma clara, a necessidade de desvelar tais fatos sobre a casuística, a partir de situações ocorridas e muitas vezes presenciadas por nós que são formas de constrangimento psicológico, como é o caso do “trote” nas universidades. Não tem o requinte de *bullying*? (MATTOS, 2002, p.1).

Foi a partir das primeiras pesquisas sobre o fenômeno que, em 1988, a Comunidade Européia organizou um evento sobre *bullying*, com a participação de 17 países europeus, para que cada país relatasse suas experiências vividas e suas pesquisas desenvolvidas. Em setembro de 1999, a Inglaterra homologa a Lei Federal, em que todas as escolas do país devem adotar a “política anti-*bullying*”. No Brasil, a ABRAPIA, apoiada pelo Programa da Petrobrás Social, desenvolve um projeto piloto para a implantação do Programa de Redução do Comprometimento Agressivo entre estudantes de primeiro grau, de escolas públicas e privadas, com o objetivo de construir um modelo brasileiro de “política anti-*bullying*” nas escolas (MONTEIRO FILHO; BARRETO, 2002).

A vítima tem sua identidade arrasada e vive com medo. Muitas vezes ela se transforma em agressor e o jovem que pratica a violência tem



grandes chances de virar delinqüente. Para evitar isso os pais precisam tomar providências, como buscar ajuda profissional de psicólogos e pedagogos (FELÁ, 2005).

Logo, não existe uma fórmula mágica nem tão simples para lidar com as vítimas da violência, porém para ajudar e evitar que cheguem a este extremo, os profissionais da Enfermagem encontra-se, agora, diante de uma nova área de atuação e que precisam adquirir novos conhecimentos sobre violência como um agravo à saúde da criança que necessita de cuidados.

A ciência que a fundamenta já não é só a biologia, mas a ciência social e jurídica que precisam ser incluídas nos fundamentos do cuidar. O caminho é longo, porque investigar o fenômeno deve ser um desafio na produção de dados e de conhecimentos específicos sobre a violência causada por crianças para que seja possível envolver a família, cuidadores, educadores e profissionais da saúde da criança e do adolescente com ações significativas na prática do cuidar no cotidiano da enfermagem. Até porque investigar esse tipo de violência é extremamente difícil, a não ser que outras pedagogias e metodologias sejam aperfeiçoadas.

Se considerarmos o que Minayo (2006) afirma, “que os dois problemas cruciais, como a pobreza e a miséria, a fome e a violência estão sempre desafiando os pesquisadores e a sociedade como um todo”, agora provavelmente, também, é um desafio para os profissionais de saúde que se descobrem diante de algo que é velho, mas parece novo ou que não se interessava por ele. E o *bullying* (na moda) não foge a esta “regra”, pois sendo ele uma violência e um fenômeno universal, tende a fundamentar-se em conceitos, métodos e técnicas para compreendermos o mundo, enfim, saber que todas as coisas, os fenômenos, os processos, as relações, inter-relações humanas fazem parte da vida e que a violência no caso da criança com seus pares, com sua família, com seus professores e também no espaço hospitalar merece tratamento ou prevenção dela.

Neste fenômeno no qual as crianças estão vulneráveis e sofrem constantemente por esta situação, provocando nelas sentimentos diversos e sofrimentos que muitas vezes são considerados como de menor importância ou mesmo ignorados, tanto por profissionais da saúde, ensino e até mesmo pelas famílias, sendo capaz de provocar traumas profundos de proporções inimagináveis (psicológicos e/ou físicos). Esta violência foi estudada em diversos países como na Noruega, na Dinamarca, na Suécia e na Finlândia onde é empregado o termo *mobbing*. Na França, o termo *harcèlement quotidién*; na Itália, de *prepotenza* ou *bullismo*; no Japão como *yjime*; na Alemanha, como *agressionen*; na Espanha, como “entre escolares”; em Portugal como “maus tratos entre pares” (MONTEIRO FILHO; BARRETO, 2002).

Uma ação de prevenção e de combate à difusão do *bullying* não pode deixar de fazer referência a esses dois objetivos, exigir adultos mais conscientes do seu papel e fazer com que sejam capazes de criar para os estudantes contextos relacionais educacionais significativos (COSTANTINI, 2004, p.81).

Sobre a auto-imagem, esse tema como indutor da violência entre pares, traz à tona as questões de uma ética do belo e do feio e trata de situações mais vivenciadas por crianças com lesão corporal provocadas por queimaduras. A imagem corporal é constituída e representada na formação da criança, na convivência com adultos, família e fortalecidas pela sociedade e seus pares, que define o que é uma imagem aceitável e incluída nos espaços onde ela convive, ou uma imagem não aceita e por isso excluída.

Segundo Molcho (2007):

[...] a linguagem corporal das crianças não é como poderíamos supor, mais rica do que a dos adultos. Pelo contrario é elementar, mais simples, e por isso também mais pobre. As crianças tampouco precisam de um vocabulário complicado para expressar suas necessidades cotidianas. Elas ainda seguem as cinco formas básicas de comportamento: correr e atacar, correr em direção oposta (fugir), esconder-se, procurar ajuda ou submeter-se [...]

As crianças que se sentem seguras, que se comunicam abertamente com o ambiente porque obtêm respostas aos seus sinais, poderão superar melhor as contradições que vivenciarem no futuro e também a carga social que talvez lhes pese sobre os ombros seja suportada com maior facilidade. A precondição para que se tornem cidadãos conscientes e emancipados, menos medrosos que os outros e portanto, menos agressivos, é o fato de terem recebido resposta a suas primeiras perguntas.”

## **2.8 Violência entre pares na escola**

A agressividade nas escolas é um problema universal, o *bullying* e a vitimização representam diferentes tipos de envolvimento em situações de violência durante a infância e adolescência. O *bullying*, diz respeito a uma forma de afirmação de poder interpessoal através da agressão. A vitimização ocorre quando uma pessoa é feita de receptor do comportamento agressivo de uma outra. Tanto o *bullying* como a vitimização têm conseqüências negativas imediatas e tardias sobre todos os envolvidos: agressores, vítimas e observadores. (LOPES NETO, 2005, p.165)

Alguns autores dissertam também a respeito de suas causas, que incluem, além de fatores econômico, sociais e culturais, os relacionados ao temperamento do indivíduo, às influências familiares, de colegas, da escola e da comunidade (LOPES NETO, 2005). Porém, antes de prontamente aceitar esta definição, é necessário refletir a respeito da medida em que elas possibilitariam a compreensão de como a violência entre as crianças, está ligada a um futuro adulto delinqüente, problemático, agressivo e agressor. Um comportamento violento que traz tanta preocupação e temor dentro da sociedade moderna.

Diariamente assistimos nos noticiários televisivos, reportagens sobre esses comportamentos agressivos entre nossos jovens, é assustador, principalmente quando se trata do ambiente escolar. A escola que é considerada o segundo ambiente de convívio da criança, depois do familiar é um dos palcos em grande evidência na mídia, quando se fala de violência entre crianças pares ou *bullying*. E tem sido comum, a violência de jovens contra adultos (principalmente os professores), o que deve aumentar a preocupação de todos nós.

Comumente, quando tratamos do tema “violência escolar”, imaginamos uma gama de situações em que alunos discutem, brigam, se amontoam, se ferem e logo algum adulto interfere para separar os briguentos, ainda imaginamos situações em que gangues formadas por “alunos ou ex – alunos – problema”, munidos de armas ou drogas, invadem a escola, depredam o patrimônio ou deixam seus rastros marcados com sangue.(FANTE, 2005,p.20)

A escola é vista, tradicionalmente, como um local de aprendizado avaliando-se o desempenho dos alunos com base nas notas dos testes de conhecimento e no cumprimento de tarefas acadêmicas. (LOPES NETO, 2005, p. 165)

Lopes Neto define: “*bullying* compreende todas as atitudes agressivas, intencionais e repetitivas, que ocorrem sem motivação evidente, adotadas por um ou mais estudantes contra outro (s), causando dor e angústia, sendo executadas dentro de uma relação desigual de poder”.

Pesquisas realizadas pela UNESCO (2002) com jovens de diversas cidades brasileiras (Brasília, Fortaleza, Curitiba, Rio de Janeiro, e São Paulo), permitiram verificar que, aproximadamente 60% dos jovens na faixa de 14 a 19 anos de idade, foram vítimas de algum tipo de violência nas unidades escolares nos últimos anos. Com base numa amostra de 257 estudantes de 1ª a 4ª série de ensino fundamental, de 185 pais e de 12 professores, os resultados mostraram que 6,65% dos estudantes apresentavam muitos comportamentos problemáticos e 9,37% apresentavam poucos, na classificação dos professores. O comportamento agressivo mais elevado nas crianças do sexo masculino, de nível sócio-

econômico baixo e com desempenho acadêmico mais deficitário. Já com as crianças de nível mais adequado e elaborado de habilidades sociais o índice foi menor. Confirmando assim, dados da literatura sobre a temática da violência entre estudantes. (ESCOLA DE PSICOLOGIA, 2006, p.199-208).

Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção a saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente. (ECA, Art. 245, p.120)

O *bullying* é um problema mundial, do ser humano imaturo, logo deve acompanhar a humanidade desde a pré-história. É um fenômeno encontrado na escola, não estando restrito a nenhum tipo específico, pública ou privada, rural ou urbana, e em qualquer lugar. O *bullying* escolar, ou violência entre pares, é um fenômeno tão antigo quanto prejudicial, que pode deixar marcas profundas na vida de um estudante. É sabido, dos índices elevados da violência na escola com destaque para o *bullying*. Esta é mais uma triste realidade das manchetes, não só dos países da Europa ou da América do Norte, mas do Brasil também.

Há fortes indícios de que as crianças que o praticam, têm grande probabilidade de se tornarem adultos com comportamentos anti-sociais, psicológicos ou violentos, tornando-se inclusive delinquentes ou criminosos. Normalmente o agressor acha que todos devem atender seus desejos de imediato e demonstra dificuldade de colocar-se no lugar do outro.

## **2.9 O enfermeiro pediatria - diante da violência entre pares**

O *bullying* pode ser encarado como um desarticulador em potencial a desequilibrar o ritmo de vida do jovem, torna-se mais um fenômeno visado pelo profissional

de enfermagem que o focaliza como um elemento negativo e extremamente necessário de ser identificado e erradicado. Para tanto, o enfermeiro dotado de olhar holístico, entremeando saber prático e teórico, encontra-se amplamente capacitado para lidar com mais este empecilho na otimização da qualidade de vida. Oliveira e Antonio (2006, p.33).

Tratando - se de um comportamento agressivo entre as crianças e que tem, maior repercussão na escola, cabe a enfermagem, retomar seu espaço no contexto escolar. A exemplo, das enfermeiras de Salvador que num projeto da Prefeitura da cidade estão presentes no ambiente escolar da rede municipal.

## 3 METODOLOGIA

### 3.1 Tipo do estudo

Uma explicação nos parece fundamental. Este estudo repousa em uma experiência singular e empírica sobre violência (*bullying*) em especial em crianças com lesões corporais por queimaduras e durante o processo de reflexão sobre o objeto descobrimos que não seria uma busca fácil, pois como poderíamos conversar com crianças sobre queimadura e violência?

Logo de saída, antes de escolher o método, percebemos que precisávamos encontrar uma estratégia que nos facilitasse o acesso às crianças com queimadura. Sabíamos, de antemão, das dificuldades de colher dados a partir delas, as quais deveriam falar conosco sobre a experiência de serem queimadas e se a queimadura poderia ser uma indutora de violência.

Isso, dependendo de nossa abordagem, opção de método e construção de instrumento, poderia ser decepcionante já que não conhecíamos as crianças e se elas não quisessem falar o estudo não aconteceria. Encontramos em Becker (2007, p.55-58) que:

[...] o caminho que leva a qualquer evento pode ser visto como uma sucessão de eventos contingentes, mas que é dessa maneira que as coisas acontecem. Podemos visualizar isso como um diagrama em árvore na qual, em vez de probabilidade de chegar a um ponto final particular, diminuir a medida que nos afastamos do ponto de partida, a probabilidade de alcançar o ponto X aumenta à medida que dela nos aproximamos [...].

Isto é, sabíamos que estávamos em busca de sinais de violência em crianças queimadas, mas não sabíamos se nos aproximaríamos de dados que confirmassem nossa busca.

Sabíamos que a violência estaria em algum lugar físico, espacial ou do pensamento das crianças e isso era o ponto central de nosso estudo, uma questão que é do mundo, do contexto social e que deveríamos considerar as propriedades físicas (onde as crianças estavam e em que tipos de lugar viviam); as propriedades sociais (quem está com elas e os diversos aspectos demográficos); e as propriedades particulares (explicações e particularidades acerca da criança e da violência). Com essas explicações, optamos por um estudo de natureza quanti-qualitativa com apoio em Minayo (2006, p. 56-57) que afirma que:

[...] o uso de métodos quantitativos tem o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis ou produzir modelos teóricos de alta abstração com aplicabilidade prática. E o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

É imperativo abrir a ciência epidemiológica à investigação dos aspectos simbólicos (tais como valor, relevância e significado) do risco e de seus determinantes. Se tomarmos esta abordagem contextual até suas últimas conseqüências lógicas, podemos dizer que “fatores de risco sociais” nada mais são que a expressão do modo de vida de grupos populacionais. Assim, para dar conta do grande desafio de desenvolver uma epidemiologia do modo de vida, precisamos, portanto, empreender uma reavaliação metodológica radical da nossa disciplina (ALMEIDA FILHO, 2000, p.174).

Em síntese, a experiência da pesquisa com as duas abordagens:

1) elas não são incompatíveis e podem ser integradas num mesmo projeto de pesquisa;



- 2) uma investigação de cunho quantitativo pode ensejar questões passíveis de serem respondidas somente por meio de estudos qualitativos, trazendo-lhe um acréscimo compreensivo e vice-versa;
- 3) que o arcabouço qualitativo é o que melhor se coaduna a estudos de situações particulares, grupos específicos e universos simbólicos;
- 4) que todo o conhecimento do social (por método quantitativo ou qualitativo) sempre será um recorte, uma redução ou uma aproximação;
- 5) que, em lugar de se oporem, os estudos quantitativos e qualitativos, quando feitos em conjunto, promovem uma mais elaborada e completa construção da realidade, ensejando o desenvolvimento de teorias e de novas técnicas cooperativas. No entanto ambos podem conduzir a resultados importantes sobre a realidade social, não havendo sentido de atribuir prioridade de um sobre o outro (MINAYO, 2006).

Parece-nos importante pensar a priori que análise nós utilizaríamos devido ao tema e os sujeitos envolvidos (crianças queimadas versus *bullying*) porque um pensamento sempre se fez presente: queríamos compreender e explicar a violência, mas não queríamos tratar de uma narrativa e nem de correlações.

Deveríamos estar atentas aos ruídos que os dados poderiam nos proporcionar e que estaríamos tentadas a fazer correlações de erros de interpretações, uma vez que o objeto depende de um contexto a ser construído como novo no discurso da enfermagem pediátrica. Nessa busca de algo mais acertado nos pareceu mais pertinente perguntar: COMO as crianças enfrentam a queimadura? E captar nas respostas a presença da violência. Para Becker (2007) perguntar “Como” dar maior liberdade às pessoas (principalmente se íamos trabalhar com crianças) e nesse momento elas vão incluindo coisas, lembranças, experiências que podem ser a resposta mais correta, mais verdadeira e não atribuírem significado se eu não pergunto “porque”.

### **3.2 Cenário e atores**

O espaço para investigação foi o Ambulatório do Centro de Tratamento de Queimados de um hospital federal localizado na cidade do Rio de Janeiro, um hospital de grande porte e que pode facilitar a demanda de crianças com queimaduras que são acompanhadas no ambulatório.

O critério de inclusão dessas crianças com lesão corporal por queimaduras se deve à investigação do fenômeno *bullying* (violência entre pares) nos parece o mais acertado, já que a aparência pode ser desencadeadora de brincadeiras desrespeitosas, de mau gosto e assim a criança com lesão provocada por queimaduras pode sofrer violências diversas. A opção pela idade entre seis e dez anos se justifica por que nessa fase a criança já é capaz de compreender o que aconteceu com ela do mesmo modo que pode informar ou responder o que queremos saber.

### **3.3 Instrumento e técnicas para produção dos dados**

Construímos um questionário com questões abertas acerca da violência e, logo, na testagem do instrumento com três crianças, no ambulatório, identificamos que não chegaríamos a nenhum lugar. Elas não queriam falar da queimadura e nem sabiam o que era violência, principalmente quando incluíamos na conversa a palavra *bullying*. Pouco conhecida entre nós e desconhecida por elas e suas mães, fomos obrigadas a repensar o modo de colher informações e organizar outra forma de investigar.

Optamos por uma estratégia que denominamos de estímulo da expressão acerca de um tema – queimadura – e no caso da criança centramos nossa orientação para que desenhassem seus corpos, que foi orientado: como você desenha seu corpo.

### **3.3.1 Primeiro momento – em busca de um imaginário**

A opção por essa estratégia para criar imagens a fim de liberar o imaginário das crianças acerca de seu corpo teve como objetivo fazer com que elas criassem significados para ele, estimuladas pela atividade de imaginar (Anexo I).

Nesse momento, como nos orienta Becker (2007, p.87), “maximizar a liberdade delas, de contar coisas, em especial coisas que não pensamos”, como estava na orientação da opção pela dinâmica de expressão. Poderíamos obter imagens sobre a queimadura e a violência nascidas de seu imaginário, se elas tinham razão de ser e se podiam nos orientar para uma discussão acertada (mesmo incluindo a possibilidade de errar) sobre os dados produzidos.

A estratégia de expressão foi uma “tática” que pode ser explicada em termos gerais e pressupor a existência de materiais (imagens) para as explicações científicas [...] Becker (2007, p.88).

O ato de criar significados é fundamentado por Pitta (2005, p.13) quando diz que:

[...] o ser humano atribui significados que vão além da funcionalidade dos atos ou objetos. Desse modo àquilo que poderia parecer absolutamente natural (árvores, água, fogo...) é transformado por diversas culturas para adquirir significado [...] no plano das necessidades básicas, o procedimento não é diferente para alimentação, existem proibições alimentares, a maneira de alimentá-

los, o modo de apresentação dos alimentos, entre outras coisas. Enfim, nada para o ser humano é insignificante e dar significado implica entrar no plano do simbólico. Se simbolizar faz parte da própria condição humana, é compreensível que estudiosos das mais variadas disciplinas tenham desde sempre se interessado por este nível de expressão [...].

Tratamos então, de realizar a atividade de expressão onde pedimos a cada criança para que desenhasse seu corpo. Para isso lhes foi entregue lápis de cor, caneta hidrográfica, lápis preto e papel. Este foi o momento de expressão do imaginário, nesse instante foi possível intervir com temas mais gerais da infância e sobre o corpo que sofreu a queimadura. Essa representação deveria indicar como a criança se entende com o seu corpo e fazer emergir a imagem da queimadura ou não.

Fazer seu corpo, também envolveu um processo de criar tornando-se o momento das crianças criarem vínculos com eles mesmos e comigo e assim, como afirma Pichon-Rivière (1999) “[...] o processo de criar, aparentemente inconsciente obedece a alguns fatores pessoais e também a uma intrincada rede de estímulos provenientes do meio e as contradições prévias que habitam o contexto da criação [...]”, ou seja, seu mundo interno vai se resolvendo no andamento do processo de criar. No caso das crianças, o processo de criação faz parte do imaginário próprio da idade.

### **3.3.2 Segundo momento – o imaginário objetivado**

Após a criação em desenho das imagens de seus corpos, pedimos a cada uma das crianças que explicasse ou falasse do seu desenho e fomos aprofundando nos detalhes que queríamos saber sobre como se sentiam e tentávamos obter informações sobre a queimadura. As explicações das crianças foram gravadas na presença do responsável, que,

após a transcrição, tomavam conhecimento do texto. Os desenhos das crianças foram utilizados no estudo após autorização dos responsáveis e afirmamos que em nenhum momento seriam identificados, mesmo no processo de apresentação do estudo em eventos científicos.

### **3.3.3 Terceiro momento - Aplicação do instrumento (Anexo II)**

Construído com perguntas que estão ligadas diretamente com a questão da violência entre pares. O instrumento teve duas partes, na primeira, foram os identificadores pela criança e o local da lesão da queimadura e a segunda são questões específicas, tais como: como as outras crianças vêem a sua cicatriz de queimadura? Depois da sua queimadura as pessoas olham mais para você? As crianças brincam com sua queimadura?

Nesse momento constatamos a possibilidade de que o estudo se tornava possível, mesmo que não tivéssemos dados significativos como hipoteticamente acreditávamos encontrar, mas foi possível vislumbrar vestígios do que queríamos saber quando identificamos suas imagens – uma representação que segundo, Becker (2007), deve ser considerada, pensada como uma causalidade científica, mesmo que se apresente como uma idéia, que pode apresentar-se emaranhada nas imagens (conhecimento) construídas. Esses emaranhados, afirma a autora, resolvem o problema da causa (queimadura e violência) incorporando-se aos procedimentos propostos no estudo, sejam eles filosoficamente válidos ou não (BECKER, 2007).

### 3.3.4 Quarto momento

Aconteceram novos momentos distintos: a produção das imagens e de seus conteúdos (icônico – imagem) e de palavras dentro da imagem de cada corpo desenhado mostrou variáveis que necessitávamos considerar, como a de entender que as crianças não falam de imediato, numa pergunta racional sobre seus problemas, seus medos, suas experiências e que são fenômenos presentes quando nós encontramos com elas. Uma das definições da causa de “pouco” pensar quando desenharam seus corpos é de que trazer um sofrimento do passado não é a preocupação primeira delas; elas aparentemente resolvem estes sofrimentos substituindo lembranças por imaginação e brincadeira.

Também consideramos a amostra que tem sido não só para este estudo, porém para outros na área de enfermagem, um problema para qualquer tipo de pesquisa. No entanto,

[...] o problema com a amostragem, parece ser, a princípio, uma parte que pode não representar o todo como gostaríamos de pensar, ela pode não reproduzir uma miniatura, as características em que estamos interessados, pode não nos permitir tirar conclusões que sejam também verdadeiras acerca do que não nos examinamos mesmos. Acreditamos que podemos chegar a uma conclusão defensável ou deixar nosso estudo em aberto a qualquer tipo de crítica. (BECKER,2007,)

### 3.3.5 Quinto e último momento

Apresentação dos RESULTADOS, quanti-qualitativos destacando a seguir a caracterização das crianças, momento em que resolvemos falar do crescimento e

desenvolvimento da criança na fase etária escolhida para o estudo, para fundamentar o que é comum nos desenhos nessa fase.

### **3.4 CARACTERIZAÇÃO DOS DEPOENTES**

Betty Boop, menina, 10 anos, tem 2 irmãs mais velhas, espírita, cursa o 6º ano do ensino fundamental, lesão da queimadura em face, tipo de queimadura: 1º, 2º e 3º graus. Acidente doméstico (óleo super aquecido).

Homem Aranha, menino, 7 anos, tem irmãos, desconhece sua religião, cursa o 1º ano do ensino fundamental, lesão da queimadura em perna D e E e face E, tipo de queimadura: 2º e 3º graus. Acidente doméstico (panela com óleo).

Roberta, menina, 8 anos, não tem irmãos, espírita, cursa o 2º ano do ensino fundamental, local da queimadura: braços D e E, pernas D e E e face, tipo de queimadura: 1º, 2º e 3º graus. Acidente doméstico. Queimou-se brincando com álcool.

Florzinha, menina, 10 anos, não tem irmãos, evangélica, cursando o 5º ano do ensino fundamental, lesão de queimadura em dorso do pé E, tipo de queimadura: 2º grau. Acidente doméstico (fritando hambúrguer).

Mia, menina, 8 anos, não tem irmãos, católica, cursando o 2º ano do ensino fundamental, lesão de queimadura em abdômen, tipo de queimadura: 2º grau. Acidente doméstico (esquentando pizza).

Junior, menino com 10 anos, evangélico, tem 1 irmão mais velho, cursa o 5º ano do ensino fundamental, lesão de queimadura em dorso do pé E e tornozelo, tipo de queimadura: 2º grau. Acidente de causa externa (acidente de moto).

Batman I, menino 10 anos, evangélico, tem 1 irmã mais velha, cursa 4º ano do ensino fundamental, lesão da queimadura: braço D e perna D, tipo de queimadura: 2º grau. Acidente doméstico. Queimou-se brincando (ascendeu fósforo próximo do álcool).

Batman II, menino, 8 anos, tem 2 irmãos, católico, cursa o 4º ano do ensino fundamental, lesão da queimadura em braço D, coxa e pé D e face lado D, tipo de queimadura: 1º e 2º grau. Acidente doméstico (circulador de ar pegou fogo).

Naruto, menino, 10 anos, evangélico, tem 1 irmão mais velho, cursa o 5º ano do ensino do fundamental, lesão da queimadura em face e tórax, tipo de queimadura: 2º grau. Agressão (seu primo ateou álcool e fogo).

Super-Homem, menino, 8 anos, desconhece sua religião, tem 1 irmão mais velho, cursa o 2º ano do ensino fundamental, lesão da queimadura em braço E, tipo de queimadura: 1º, 2º e 3º graus. Abuso físico (não relata quem).

Os entrevistados foram crianças com lesão por queimadura que estavam, na sala de espera, aguardando atendimento ambulatorial (curativos e/ou consulta médica) do Centro de Tratamento de Queimados da instituição escolhida para espaço de pesquisa. Das crianças entrevistadas, todas estavam acompanhadas de seus pais ou responsáveis. Florzinha estava sempre acompanhada de sua tia, pois sua mãe não podia se ausentar do trabalho.

Ao chegar pela manhã no Hospital, me dirigia ao enfermeiro responsável e a seguir solicitava a recepcionista do setor, quais as crianças que se identificavam com meu perfil necessário (idade entre 6 a 10 anos).

Solicitava ao responsável e a criança sua atenção, informando-os sobre minha pesquisa, o termo de compromisso para realização da entrevista, da importância do questionário, do desenho e da gravação das falas, fazendo a leitura juntamente com os mesmos.



Iniciava a entrevista com a criança explicando-lhe a necessidade da escolha de um pseudônimo. Era um momento de sorrisos e brincadeiras.

Todo o questionário foi respondido pelas crianças, inclusive local onde ocorreu o acidente e o local das lesões em seus corpos – elas falavam com naturalidade, e muitos não poupavam detalhes sobre o assunto. Porém, quando perguntei sobre o tipo de queimadura, as crianças não souberam informar, mas seus responsáveis tinham o conhecimento.

Evidenciamos que das dez crianças entrevistadas, todas cursavam o ensino fundamental e sabiam ler e escrever seus nomes.

Outro alerta importante foi a presença marcante da religião na vida de oito crianças, que relataram inclusive que freqüentavam grupos evangelizadores para crianças e assinalavam sua importância no momento da “tristeza em terem se queimado”.

Betty Boop e Junior relataram que se sentem sempre bem quando estão com seus evangelizadores e colegas, do centro e da igreja: “Amo quando chega sábado, posso brincar no centro sem ninguém me chatear ou implicar com minha queimadura”. (Betty Boop)

Parece-nos de extrema relevância, destacarmos que das crianças entrevistadas sete relataram acidentes domésticos, uma relatou acidente externo e duas sofreram abuso físico: “Meu primo fez sem querer, estava brincando comigo e jogou o álcool e tacou fogo, eu não tenho raiva dele não.” (Naruto)

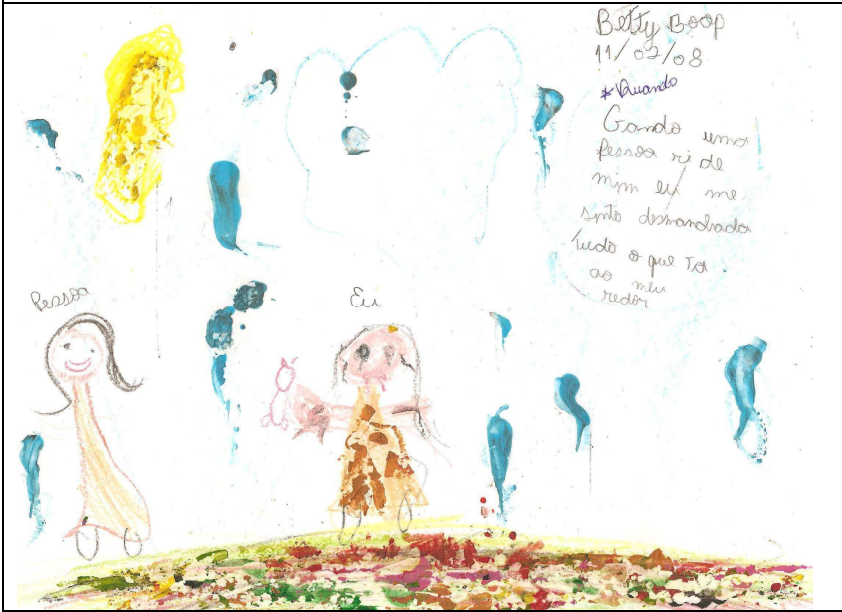

Um outro alerta importante é de que, ao se acompanhar um caso de mau-trato, deve-se evitar a culpabilização do agressor ou da família. Os mesmos devem ser atendidos na perspectiva de que, geralmente o agressor é também uma vítima deste complexo círculo da violência. (CUNHA, 1995, p.27)



Analisando a temática da violência infantil, Cunha (1995) descreve, “As conseqüências para as crianças de quaisquer umas dessas formas de violência podem ser



fatais. Os danos variam desde distúrbios comportamentais, dificuldades de adaptação social, seqüelas físicas e neurológicas até o óbito.”.

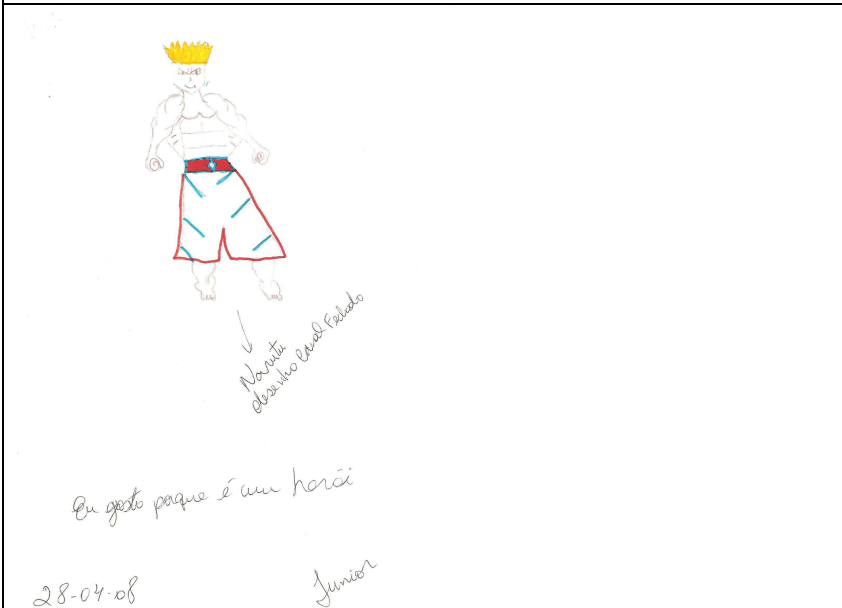

### 3.4.1 Sexto momento – apresentando AS IMAGENS produzidas na brincadeira acerca do corpo

Quadro 1 – O imaginado e a imagem sobre a queimadura

A IMAGEM	O MOTIVO	O SENTIMENTO
	<p>Pessoa rindo de mim. (Betty Boop)</p>	<p>“Sinto que tudo desmancha em meu redor.” (Betty Boop)</p>
A IMAGEM	O MOTIVO	O SENTIMENTO
	<p>Sol, nuvens, Super-Homem, nome, a casa dele, árvore e muitos frutos. (Super-Homem)</p>	<p>A casa é seu porto seguro. (Super-Homem)</p>

A IMAGEM	O MOTIVO	O SENTIMENTO
	<p>Ela de braços abertos em casa com mesa, alimentos, flores.</p> <p>A cozinha é negra, toalha de mesa é escura.</p> <p>Existem velas acesas. (Florzinha)</p>	<p>Desenho do local onde ocorreu o acidente. (Florzinha)</p>
A IMAGEM	O MOTIVO	O SENTIMENTO
	<p>Destaca 3 pessoas: ela, a mãe e a pesquisadora, se chama Batman no canto um grande sol e acima das pessoas um grande coração</p>	<p>Demonstra alegria durante a entrevista (Batman I)</p>

A IMAGEM	O MOTIVO	O SENTIMENTO
<p>* Chora e briga e / mãe dizendo a autista</p> <p>Sou eu</p>  <p>15-07-08</p>	<p>Sou eu (2vezes). Queimaduras mostradas nos braços.  (Roberta)</p>	<p>Chora e briga com a mãe.  (Roberta)</p>
A IMAGEM	O MOTIVO	O SENTIMENTO
 <p>"Minha mãe me ajuda"</p> <p>Mãe</p> <p>Pai</p> <p>"Não quero ser Rasurado ou queimado"</p> <p>Homem Aranha</p>	<p>Desenho da mãe e sua queimadura , sua cicatriz.  (Homem Aranha)</p>	<p>Afirma que "não quer ter cicatriz".  (Homem Aranha)</p>

A IMAGEM	O MOTIVO	O SENTIMENTO
 <p>Naruto desenho do qual falado</p> <p>Eu gosto porque é um herói</p> <p>28-04-08 Junior</p>	<p>Idolo de desenho japonês</p> <p>(Naruto)</p>	<p>“Gosto porque é um Herói”.</p> <p>(Naruto)</p>
A IMAGEM	O MOTIVO	O SENTIMENTO
 <p>COMO SEU PAI</p> <p>Essa é a minha família</p> <p>Essa é a minha família</p> <p>Batman</p>	<p>Um grupo de mãos dadas BatmanII diz que é a família dele . Afirma que são bonitos. (BatmanII)</p>	<p>“Estou sempre me divertindo” (BatmanII)</p>

A IMAGEM	O MOTIVO	O SENTIMENTO
	<p>Desenho da avó e do local da queimadura. Foi a avó que o ajudou. (Junior)</p>	<p>Sente-se seguro na família. (Junior)</p>

### 3.4.2 Comentário técnico

Das 10 crianças que desenharam seus corpos, apenas uma registrou sentimentos acerca da experiência de ter a queimadura e de alguém rir dela dizendo que “[...] tudo se desmanchou [...]” (Betty Boop), uma outra destaca a queimadura e que briga com a mãe; as oito crianças restantes não fazem referência à tristeza, estão alegres, se sentem normais e têm família bonita e alegre, mostrando que existe algo inesperado, ou não esperado, quando se trata do assunto e da experiência de ser queimada.

Para nós (minha orientadora e eu) esse momento de desenhar foi um momento de facilitar a aproximação das crianças com a pesquisadora. Momento de descobrir o melhor caminho para falar com elas sobre queimadura e violência, quando nos encontrávamos no ambulatório. No entanto uma constatação foi inesperada, porque acreditávamos que a experiência de ser queimada podia estar muito presente na lembrança das crianças, o que não aconteceu e, provavelmente, dependendo de onde está a lesão, pode não ser a primeira preocupação delas. Também acreditamos que nessa idade elas estão mais voltadas para a brincadeira.

Como afirma Silva (1995, p. 22):

As brincadeiras constituem a linguagem universal das crianças. Representam uma das formas de comunicação e aprendizado e pode ser uma técnica efetiva muito importante para o relacionamento com a criança. Índícios sobre o desenvolvimento físico, intelectual e social podem ser obtidos a partir da forma e complexidade dos comportamentos da criança quando brinca.

### **3.4.3 Sétimo momento – os trabalhos sobre os DADOS QUANTITATIVOS - Apresentação introdutória dos dados produzidos nas ENTREVISTAS**

A análise dos dados foi realizada através da Análise Temática, a partir do referencial de Minayo (2006). De acordo com esta autora a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique algo para o objeto analítico visado. A análise temática desdobra-se em três etapas:

1) A pré-análise que inclui a escolha dos documentos a serem analisados, a retomada dos objetivos iniciais da pesquisa e a elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Nessa fase pré-analítica determina-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise;

2) A exploração do material consiste essencialmente na transformação, numa operação classificatória visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. O investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas das quais o conteúdo de uma fala será organizado. A categorização que consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas;

3) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

O perfil dos depoentes das questões são crianças com cicatrizes por queimadura, e sobre possíveis violências sentidas a partir de seus pares (ou não), que estejam

de volta à vida social. Do total das crianças entrevistadas (10), 100% estão cursando o ensino fundamental, apenas 20% não tinha retornado à escola após a queimadura, 50% das crianças têm 10 anos de idade. Podemos observar que o acidente doméstico representa um índice ainda bem significativo encontrado nos acidentes da infância (50%) e que os meninos 60% (6) são a maioria diante das meninas 40% (4).

No Brasil, registros do Ministério da Saúde (2005) afirmam que 270 crianças são hospitalizadas diariamente por conta dos acidentes domésticos. As quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos e sufocações foram responsáveis, em 2005, por 98.310 internações de pacientes com idade inferior a 14 anos no país. Porém observou-se também que a agressão ainda está presente, 20% das crianças entrevistadas a relataram durante a conversação (em sigilo) ao pesquisador.

Os resultados apresentados nas Tabelas a seguir permitem-nos refletir sobre os sentimentos vivenciados pelas crianças vitimizadas e pelas crianças vítimas agressoras e a aproximação com a temática da violência entre pares.

#### 3.4.4 Sobre os dados quantitativos acerca da queimadura – dos resultados

Tabela 1 – Sensações sentidas e relatadas no momento da queimadura.

Sensações	N	%
Não se lembra	1	10
Medo	1	10
Dor	8	80
Total	10	100

Na Tabela 1 podemos observar que 80% das crianças evidenciaram o sentimento da dor no momento que sofreram a queimadura. Não se recordam (10%) e sensação de medo presente (10%).



“A criança passa por experiências dolorosas desde o nascimento. Suas vivências, bem como a observação de pessoas em seu cotidiano, fazem com que ela aprenda a julgar a intensidade da sensação dolorosa.” (GUIMARÃES, 1999)

Tabela 2 – Sentimentos observados pelos depoentes, quando outras crianças visualizavam sua lesão corporal por queimadura.

Sentimentos	N	%
Acham Engraçada	2	20
Perguntam se doe e tocam	6	60
Não olham	1	10
Nojo	1	10
Total	10	100

A Tabela 2 evidencia que as crianças entrevistadas observaram que as outras crianças olham suas cicatrizes por queimadura, tocam e perguntam se doeu foi de 60%, revelando um contexto relacional de curiosidade, da falta de compreensão diante das diferenças (cicatrizes), distantes de suas realidades. Morin (2006) afirma que “a compreensão mútua entre os seres humanos, quer próximos ou estranhos, é daqui para frente vital para que as relações humanas saiam de seu estado bárbaro de incompreensão”. O aparecimento de um novo sentimento também foi evidenciado em 10% das crianças entrevistadas por nós – “nojo”.

Tabela 3 – O que as próprias crianças sentem ao olharem suas cicatrizes de queimadura

Situações	N	%
Medo	1	10
Vergonha	-	-
Não sente nada	6	60
Quer voltar ao que era	3	30
Total	10	100

A Tabela 3 mostra que 60% das crianças entrevistadas, ao se olharem expressam naturalidade diante do ocorrido, mas, que 30% têm a necessidade de retornarem a serem como eram antes da queimadura – trazendo inconformidade em olharem a si mesmo.

### 3.4.5 Depois da Queimadura

Tabela 4 – O que as crianças com lesão corporal por queimadura gostam de fazer.

Atividades	N	%
Sair para escola	1	10
Não sair para brincar	2	20
Sair para brincar	7	70
Não sair para a escola	-	-
Total	10	100

A Tabela 4 valoriza a brincadeira como atividade mais importante para 70% dos depoentes e que isso é uma relevância no crescimento e desenvolvimento de uma criança. “Brincar com o outro é um momento de interação interpessoal importante para o desenvolvimento social das crianças” (CALDEIRA; OLIVER, 2007). Percebemos que 20% das crianças não saiam para brincar devido ao impedimento que tinham com as cicatrizes. E apenas 10% das crianças entrevistadas preferiram ir para a escola no lugar de brincar.

Tabela 5 – Após a queimadura, as reações das outras pessoas.

Sentimentos	N	%
Olham mais para você	8	80
Não olham para você	-	-
Falam alguma coisa – ficam admiradas	2	20
Total	10	100

A Tabela 5 deixa bem definido que o olhar das outras pessoas aumentou depois da queimadura: “Elas não param de me olhar, olham direto.” (Betty Boop)

Tabela 6 – Quem mais brinca, debocha ou zoa, em relação à cicatriz.

Sexo	N	%
Menino	10	100
Menina	-	-
Total	10	100

Na Tabela 6, as crianças entrevistadas foram unânimes (100%) em serem os meninos que fazem brincadeiras, debocham ou zoam de suas cicatrizes. Quanto ao gênero, Cléo Fante (2005, p.60), em sua pesquisa, aponta que 34% dos agressores em situação de *bullying* eram meninos e apenas 21% meninas e que está relacionado à força física do menino: “Os meninos me colocam apelido e eu não gosto, nem minha mãe.” (Batman)

Tabela 7 – Sentimentos em relação à criança agressora.

Sentimentos	N	%
Triste	8	80
Humildade	-	-
Insegurança	-	-
Com medo	1	10
Não respondeu	1	10
Total	10	100

Na Tabela 7 a palavra triste é apontada por 80% das crianças entrevistadas, com medo (10%) e deixaram de responder (10%). E segundo alguns estudos,

[...] o *bullying* tem origem na irrupção e falta de controle do sentimento de intolerância nos primeiros anos de vida, cujas conseqüências nas faixas etárias seguintes (estando ausentes reações

educativas duras) são atitudes de transgressão e de falta de respeito ao outro, as quais tendem a consolidar-se, transformando-se em esquemas mentais e ações de intimidação sistemática contra aqueles que são mais fracos. (COSTANTINI, 2004).

Tabela 8 – Local onde ocorre violência entre pares.

Local	N	%
Escola	4	40
Festas	2	20
Parques	1	10
Na pracinha	2	20
Em casa	1	10
Total	10	100

Na Tabela 8, o local onde 40% das crianças sentem-se mais vulneráveis à violência entre pares, brincadeiras, humilhações e constrangimentos é na Escola.

O fato, é que, a reprodução constante desses comportamentos agressivos e intimidatórios no convívio escolar implicam em um número cada vez maior de alunos, irradiando-se como dinâmica psicossocial doentia e repetitiva, numa espécie de ciclo vicioso que denominamos Síndrome de Maus-Tratos Repetitivos (SMAR). (FANTE, 2005).

É fato também, que devido ao tipo de queimadura e seqüelas, existe uma variável no retorno à escola, 20% relata na escola e festas, (10%) na escola, parques, festas e recreio da escola e na pracinha (2%): “Quando vou no brinquedo mandam eu sair porque sou feia.” (Betty Boop)

Tabela 9 – A falta de convivência com outras crianças ou o isolamento.

Atividades	N	%
Sim	8	80
Não	2	20
Total	10	100

Na Tabela 9, o isolamento teve 80% de afirmação na convivência do cotidiano das crianças com lesão por queimaduras e vítimas da violência entre pares.

Não são conflitos normais, brigas que ocorrem entre estudantes, mas verdadeiros atos de intimidação preconcebidos, ameaças, que, sistematicamente, com violência física e psicológica, são repetidamente impostos a indivíduos particularmente mais vulneráveis e incapazes de se defenderem, o que os leva no mais das vezes a uma condição de sujeição, sofrimento psicológico, isolamento e marginalização. (COSTANTINI, 2004).

Tabela 10 – Sentimentos expressos pelas crianças vítimas de violência entre pares em relação às crianças agressoras.

Sentimentos expressos	N	%
Com agressão verbal	9	90
Nenhuma agressão	-	-
Com agressão física	1	10
Total	10	100

A Tabela 10 caracteriza a violência psicológica ou *bullying* em evidência nas respostas de 90% das crianças entrevistadas e 10% com agressão física presente. O *bullying* trata-se de um comportamento ligado à agressividade física, verbal ou psicológica. “É uma ação de transgressão individual ou de grupo, que é exercida de maneira continuada, por parte de um indivíduo ou de um grupo de jovens definidos como intimidadores nos confrontos com uma vítima predestinada.” (COSTANTINI, 2004). “Meu colega me chamou de Raimundo queimado, e rabo de queimado. Dei um chute na [...] dele.” (Homem Aranha).

Tabela 11 – Sentimentos expressos pelas crianças com cicatriz por queimadura e vítimas da violência entre pares, em relação à família.

Sentimentos	N	%
Segurança	9	90
Medo	1	10
Total	10	100

Na Tabela 11, percebemos que 90% das crianças depoentes sentem-se seguras, felizes e apoiadas pela família e 10% têm medo.

É no ambiente familiar que a criança aprende ou deveria aprender a relacionar-se com as pessoas, respeitar e valorizar as diferenças individuais, desenvolver a empatia e adotar métodos não – violento de lidar com seus próprios sentimentos e emoções e com os conflitos surgidos nas relações interpessoais. ( FANTE, 2005).

Tabela 12 – Sentimentos em relação aos colegas da escola.

Sentimentos	N	%
Medo	4	40
Segurança	-	-
Indiferença	2	20
Não retornaram à escola	2	20
Total	10	100

Na Tabela 12, 40% das crianças entrevistadas sentem medo em relação aos colegas da escola.

O comportamento agressivo ou violento nas escolas é hoje o fenômeno social mais complexo e difícil de compreender, por afetar a sociedade como um todo, atingindo diretamente as crianças de todas as idades, em todas as escolas do país e do mundo. ( FANTE, 2005).

### 3.4.6 Oitavo momento – o trabalho sobre os DADOS QUALITATIVOS

Fizemos nova releitura dos dados qualitativos, destacando a qualidade das falas, conteúdos indicadores de categorias de análise, ressaltando os resultados em duas etapas:

a) a primeira – destaque para sentimentos/sensações das crianças queimadas sobre elas mesmas no quadro que se segue.

Quadro 2 – Sentimentos e sensações das crianças queimadas sobre elas mesmas e a família.

O tema	Sensações sentidas e relatadas no momento da queimadura
Sobre a queimadura	Três palavras-chaves foram apresentadas as crianças: lembrança, medo e dor. A dor ficou evidenciada na fala de 8 crianças. Junior sentiu medo e Betty Boop não se lembra.
O que as próprias crianças sentem ao olharem suas cicatrizes de queimadura	As situações oferecidas: medo, vergonha, não sente nada, e quer voltar ao que era. No decorrer da entrevista, Super-Homem vivencia o medo em relação a esta questão, porém Batman II, Mia e Roberta querem voltar ao que eram. E as outras seis crianças afirmam não sentirem nada quando se olham.
Sentimentos em relação a sua família	Nove crianças sentem segurança em relação a família, percebemos que estão felizes e sentem-se apoiadas, mas Florzinha relata sentir medo.  “Meus tios dizem que meu pé vai cair”.  E contam com o apoio dos pais, avós, irmãos e padrinhos em oito situações que encontramos. Mia e Batman II não conversam com ninguém a respeito do que sentem ou passam com outras crianças.

b) a segunda – destaque para sentimentos e sensações das crianças queimadas em relação às outras pessoas nos ambientes em que convivem e dá origem a primeira categoria do estudo.

A SUBJETIVIDADE na LEMBRANÇA, no MEDO e na DOR: sentimentos e sensações das crianças queimadas.

Quadro 3 – Sentimentos e sensações em relação aos outros e sua queimadura.

O tema	Sensações e sentimentos
O sentimento de outras crianças ao visualizarem sua lesão corporal de queimaduras	Quatro palavras foram delimitadas para as crianças durante a entrevista: achavam sua cicatriz normal, engraçada, se sentiam dor e tocavam ou se não olhavam para ela. Percebemos que os sentimentos eram variados, Homem Aranha relata “que um sentimento está presente em sua realidade – as crianças acham engraçado” e Betty Boop afirma que, “as outras crianças acham “muito engraçada” e outras perguntam se doem e tocam sua cicatriz de queimadura”. E seis das crianças afirmaram que as outras crianças – perguntam se doem e tocam em suas cicatrizes, porém Batman II disse que outras crianças além de perguntarem se doem e tocam sentem “nojo”. Percebemos que Mia ria diante da situação exposta e diz que as outras crianças não olham sua cicatriz. “Não dá para ver, por causa da minha roupa” (Mia) “Os meus colegas falam que nojo – EKA!” (Batman II)
Depois da queimadura o que as crianças gostam de fazer	Das crianças entrevistadas, sete gostam de sair para brincar, Super-Homem gosta de sair para a escola; já Florzinha e Roberta não gostam de sair para brincar.
As outras pessoas – pós queimadura	Oito crianças sentem que são mais olhadas pelas pessoas depois da queimadura, Junior e Mia disseram que as pessoas falam alguma coisa e ficam admiradas. “Elas não param de me olhar, olham direto”. (Betty Boop)
Quem mais brinca com relação a sua cicatriz de queimaduras	Todas as crianças responderam que são os meninos que brincam. “Zoam, debocham, fazem palhaçada e colocam apelido” foram termos usados durante as entrevistas. “Os meninos me colocam apelido e eu não gosto, nem minha mãe”. (Batman)



continuação

O tema	Sensações e sentimentos
Sentimentos em relação às crianças agressoras	Das palavras – triste, humilhado, insegura e medo; triste é apontada por oito crianças, e as palavras triste e medo juntas estão nos sentimentos de Roberta e ressalta como de importância. Super-Homem não respondeu e somente o Homem-Aranha reagiu com agressão ao ser agredido por outra criança.(vítima agressora)  “Meu colega me chamou de Raimundo queimado – e rabo de queimado. Dei um chute na [...] dele”. (Homem-aranha)
O Local onde as crianças sentem-se mais vulneráveis a violência entre pares, brincadeiras, humilhações, constrangimentos	A escola é apontada por cinco crianças. Mia e Betty Boop descrevem ser na hora do recreio da escola. Naruto e Betty Boop que além da escola, também sentem nas festas de aniversário. Betty Boop relata ter sentido no parque de diversões. E uma criança, Florzinha diz ser em sua casa, pois não retornou à escola.  “Quando vou no brinquedo mandam eu sair porque sou feia” (Betty Boop)  “Eles (primos, vizinhos e tios) dizem toda hora que meu pé vai cair...” (Florzinha)
A convivência com outras crianças – o isolamento	Oito crianças dizem ter se sentido em algum momento isoladas devido sua cicatriz, já Super- Homem e Junior afirmam não se sentirem isolados por causa da cicatriz de queimadura.  “Me sinto sozinha quando a crianças deboçam e não querem brincar comigo” (Betty Boop)
Sentimentos das crianças vítimas da violência entre pares	O foco do nosso trabalho é identificar, caracterizar os sentimentos expressos pelas crianças vítimas de violência entre pares. Percebemos que respondem as crianças agressoras e também com agressividade e uma criança até mesmo com a violência física.

continuação

O tema	Sensações e sentimentos
Sentimentos em relação aos colegas da Escola	Em relação às crianças da escola foram situados três sentimentos – medo, segurança e indiferença. Quatro crianças sentem medo. O Homem Aranha sentiu indiferença. Junior e Florzinha não retornaram a escola – porém percebemos medo quando falamos do retorno a escola. O fato também que, devido ao tipo de queimaduras e seqüelas, existe um espaço variável em relação ao retorno da criança.
O que pensam das crianças agressoras	<p>“Eles vão se queimar um dia e as outras crianças vão zoar também” (Junior)</p> <p>“Penso que não deve debochar” (Super Homem)</p> <p>“Eu penso que é mentira que meu pé vai cair, mas as vezes eu acredito e choro...” (Florzinha)</p> <p>“São crianças mal educadas e chatas ...” (Betty Boop)</p> <p>“Não gosto, acho chato e muito feio” (Homem Aranha)</p> <p>“Não me incomodam minhas cicatrizes” (Naruto)</p> <p>“Bobas e muito feias” (Roberta)</p> <p>“Acho que não é legal ficar zoando e a criança queimada fica triste” (Batman II)</p> <p>“Muito ruim e chato” (Mia)</p> <p>Batman I não quis se pronunciar.</p>

Das informações do Quadro 2 surgiu a segunda categoria – denominadas de A OBJETIVIDADE: as crianças falam dos sentimentos e sensações sobre a queimadura; e terceira: as crianças falam dos sentimentos e das sensações da VIOLÊNCIA provocada por seus pares acerca da queimadura.

### 3.5 RESULTADOS – Análise e Discussão da CATEGORIAS

#### Introdução às categorias: discussão e implicações para a enfermagem

##### O imaginário objetivado

Diante dos dados e na tranqüilidade de uma tarefa cumprida, pudemos olhar para eles com mais detalhe, com mais agudeza para acreditar e descobrir que nesses “tão poucos elementos” encontramos o que é importante destacar e que têm implicações para o cuidado de enfermagem em pediatria. Desenhos (imagens) e respostas fixadas nas folhas de papel do estudo, ricos de movimentos, ritmos de mão e falas de pequenas pessoas com experiências “tão grandes”, que nos indicam algo a pensar.

Pequenos corpos queimados e que nós captamos em suas imagens os sentidos de cada emoção expressada. Estivemos em seus mundos imaginários, e entramos neles quando nos explicaram os desenhos ou quando falaram de seus sentimentos sobre queimaduras, *bullying* para os americanos, violência para nós brasileiros.

Estamos obrigadas por força do estudo, a construir um texto que possa contribuir na ausência de textos sobre o tema a partir de quase nada divulgado.

Sabemos também que não é possível comprovar nada ou indicar evidências sobre a violência do modo como a ciência sugere. No entanto, no que foi construído pelas crianças existem indicativos de respostas à questão do estudo: a) que tipo de violência ocorre entre crianças com lesão corporal por queimadura? b) como acontece e como é essa violência? e c) como a criança violentada se sente e reage?

Saber delas como é isso aumentou em nós a compreensão sobre o fenômeno experimentado apenas em ações teórico-acadêmicas muito pontuais (isoladas).

Nesse momento, o nosso interesse não é de encontrar certezas, mas de iniciar reflexões sobre esse tipo de violência que acontece em espaços diferentes dos locais em que trabalhamos, mas que poderemos ocupar com cuidados de prevenção nos postos, nos ambulatórios, nas escolas, nas comunidades, nos clubes, nos campos, etc.

A descrição inicial que ora fazemos como uma preleção à introdução das duas categorias apóia-se em Becker (2007, p. 115) quando pergunta e responde:

[...] de que vale toda essa descrição? Talvez não a única coisa, mas uma coisa muito importante é que ela nos ajuda a evitar o pensamento convencional. Um obstáculo significativo para a descrição e a análise adequadas de fenômenos sociais (violência) é que pensamos já conhecer a maior parte das respostas [...].

Para o autor esbarramos no problema das categorias questionando: como podemos conhecer e levar em conta nossas análises mais básicas que constroem nosso pensamento, quando elas são tão “normais” que não temos consciência delas? E a forma de não cair nessa “armadilha” (BECKER, 2007, p.117) é fazer uma cuidadosa descrição de detalhes, não filtrados por nossas idéias e teorias, mas da criação de novas idéias e categorias que se solidifica nos sentimentos despertados em nós, depois de realizar esse estudo, como resultante das informações das crianças que é de que, existe uma violência entre elas, embora os dados não sejam significativamente de relevância para nos autorizar afirmar que ela é verdadeira e existe, mas é preciso investigar mais sobre o assunto.

Ao nos permitir querer saber sobre o *bullying* a partir de quase nada produzido na enfermagem como conhecimento de enfermeiras pediátricas, é esbarrar na ausência de dados anteriores e do risco de produzirmos dados (iniciais) para a divulgação de conhecimento produzido por nós nesse estudo, com pouca investigação, não por limitação da pesquisa, mas por abrangência quantitativa de crianças que sofreram a violência.

No entanto, o pouco número de crianças não nos impede de dar conta da qualidade, que exige de nós cautela por que precisamos ampliar conteúdos e compreender o

fenômeno violência/*bullying*. O que exige que tenhamos claramente que entendê-lo e se isso significa saber as causas, e então identificar se esse conhecimento está num plano social muito maior que o plano da área da saúde. Ainda não sabemos qual é o erro e a verdade que está por trás da violência e nem como as vítimas vivem de fato essa violência – numa situação muito especial que é a violência entre jovens – às vezes até jovens demais.

A nossa compreensão do fenômeno também é de espanto, porque ele se torna um fenômeno social provocado por jovens nas instituições como a família, a escola, o hospital. Crianças violentas, agressivas, debochadas, que provavelmente sofrem as mesmas violências como exemplos a serem seguidos, podem estar sendo marcado em seus corpos com o aval da família, de seus responsáveis ou de sua comunidade.

Na construção do texto das categorias foi preciso considerar as diferenças, pois uma criança com cicatrizes por queimadura claramente visível, torna-se diferente do grupo. Porém a falta de respeito, compaixão, compreensão diante das diferenças foi o que nos motivou a pesquisar o fenômeno *Bullying* na infância e da dificuldade de educar para o mundo, para lidar com as desigualdades, raça, religião, língua, culturas, o pobre, o rico, o feio e o belo, etc.

Os resultados deste estudo confirmam o que sabíamos no plano teórico sobre violência ou no plano empírico de cuidar – quando há crianças que agredem outras quando estas são diferentes de seu grupo. Viver as suas diferenças é para a criança um desafio constante, especialmente as crianças com cicatrizes por queimaduras, que são agredidas pelos seus pares (crianças de mesma idade), pois quando a queimadura é aparente na grande maioria das vezes. Na linguagem das crianças agressoras elas são o “patinho feio”, o “bicho” que irrita, e fazem delas (as vítimas) um meio de diversão cruel, o desrespeito ou qualquer que seja o nome.

Desse modo, as categorias trazem as informações e indicam condutas de cuidar. Um olhar clínico que, segundo Ellenberg (2005), consiste em desgastar, na nossa sistematização, os argumentos que poderiam se dirigir a uma hipótese: “olhar clínico” como tecnicização da enfermagem sobre o corpo. Acontecimentos que corroem e modificam as representações; sistematizam de forma diferente os discursos, e isso é freqüente na medicina. Ela se desenvolve como uma troca de sentido epistemológico, onde o invisível, não por magia ou por conta do gênio de um ou de outro homem, mas pela acumulação de pequenas coisas que constituem o que comumente é chamado de “clínica”.

Estamos falando da construção de um “olhar clínico” para cuidar da criança com lesão corporal por queimadura, e que sofre a violência entre pares ou de preveni-la nos espaços em que ela ocorre. O olhar clínico é realizado a partir do estabelecimento de práticas onde se desenvolve o treino do “olhar aguçado” captando signos muito sutis para desvelar o que está escondido na criança (doente).

## **3.6 Sobre as CATEGORIAS**

### **3.6.1 Discussão sobre a primeira categoria – A SUBJETIVIDADE na LEMBRANÇA, no MEDO e na DOR: sentimento e sensações das crianças.**

As informações dessa categoria dizem respeito aos desenhos elaborados pelas crianças e pelos significados que deram a eles. Durante a experiência de saber como elas se lembram do dia da queimadura e o que sentiam, encontramos crianças disponíveis a falar

do que queríamos saber sobre a queimadura e violência, foi surpreendente, ouvir como elas enfrentam a queimadura que para nós parecia difícil.

Quando desenharam seus corpos, as crianças o fizeram sem dificuldades, mesmo sabendo que não existe uma racionalidade no pensamento das crianças, elas poderiam dar asas à imaginação e liberar o imaginário acerca da queimadura, nos assustou com o inesperado que aconteceu quando identificamos nas suas imagens informações sobre SILÊNCIO e ACEITAÇÃO acerca da queimadura. São informações compostas por dois lados de uma mesma moeda (violência). Para explicar a nossa surpresa encontramos em Castoriades (1997, p.61) uma explicação possível sobre representação quando diz:

[...] a representação é de forma manifesta o finito-infinito, o isto concreto por excelência, solidamente dado a todos os seus lados e escapa a todo um esquema conceitual, mesmo do mais elementar [...] para o autor o consciente no sentido psicanalítico do termo tenta impor a representação através da linguagem reduzida a sua função de código, de estrutura dos conjuntos do entendimento que separa e define [...].

Silêncio e aceitação escondidos através de emoções que se encontram nas imagens e posteriormente expressados, que deram origem à categoria confirmando que neste estudo imagem e fala são inseparáveis. Emoções como referências de ações vividas e sentidas que estão simplesmente no ato de um movimentar-se, de queimar-se, são resultados objetivados nos dados.

Queimar-se sempre é decorrente de um movimento, inconsciente quando nos acidentamos ou de um ato consciente quando queremos morrer. Emoções presentes, mas esquecidas e lembradas quando alguém lembra, ri da queimadura. No momento de desenhar, ato de criar, brincar, não há espaço para lembranças tristes, mesmo que a queimadura tenha ocorrido em casa e o *bullying* ocorrido na escola ou no ambiente familiar.

Nós não lembramos somente de boas emoções, também esquecemos as ruins e, como afirma Maturana (1998, p.22-23), as emoções são de diferentes domínios de

ações possíveis nas pessoas e animais e as distintas disposições gerais que os constituem e realizam. Para o autor não há ação humana sem uma emoção que a estabeleça como tal e a torne possível como ato.

A linguagem na imagem das crianças sobre a experiência de queimar-se, mesmo que não fale sobre ela ou do que ali está representando é rica em emoção que se identifica no esquecimento, ausência de lembrança, pois nela pode estar contida a memória do medo, da dor, do desespero de não poder fugir do fogo.

O esquecimento pode ser algo que ameniza a lembrança ruim. É preciso escutar o eco da emoção na ausência das lembranças que são codificadas nos desenhos. A dificuldade “aparente” de não lembrar ou de não querer lembrar, e assim fica ocultado aquilo que não deve aparecer – a queimadura.

Para Maturana (1998, p.23), “[...] o amor é a emoção que constitui o domínio de condutas em que se dá a operacionalização da aceitação [...]” e os desenhos das crianças são ricos de sentimentos positivos, de alegria, de felicidades e até no silêncio que aparece como imagem.

Os códigos da lembrança ou do esquecimento da queimadura estão nas imagens como uma vela acesa, como nuvens de fumaça que se “derramam “como diz uma delas; no fogão ao fundo de um espaço e estão codificadas como imagens e não falas sobre a queimadura, é uma linguagem visual e não verbal.

Também é possível identificar nessa categoria que eles economizaram palavras nos desenhos, mas que explicaram oralmente, e em oito, eles dizem respeito ao seu ambiente familiar, ao seu corpo que brinca e que se sente seguro na família. A ausência, do mesmo modo que a aceitação pode estar marcada pelo imaginário infantil onde a realidade se mistura com a imaginação. Daí ser possível entender que elas não falam do dia da queimadura e nem do que sentiram. O passado fica guardado, não se torna familiar por que elas preferiram



falar de outras coisas, guardam em seus inconscientes, mesmo que estimuladas, elas quiseram apenas desenhar sobre elas e esse era “um momento de criação no processo psíquico”. (PITTA, 2005).

As imagens criadas e vistas por nós “estão cheias de fragmentos” captados quando as olhamos e que são registros de um único momento de brincar. Segundo Feldman-Bianco e Leite (1999, p.68-69), “[...] fragmentos da experiência vivida (por eles) que remetem a lembranças que revelam a realidade, à evocação que remete pelo ausente fixo no presente da imagem”. As crianças quando em seus desenhos, colocaram nas suas falas sentimentos, ressaltados num corpo presente (queimadura ausente) de um momento que não é mais, que já passou. Não significa que elas esqueceram da queimadura, por que ela existe, está marcada no corpo; esqueceram ou guardaram a experiência de ser queimada.

Reviver o passado no presente de brincar, desenhando o corpo é mexer com a memória e reconstruir a cena da queimadura, isso é entendido por Benjamin (1985, p.219) como a “[...] reconstrução de fragmentos na multiplicidade de informações do passado – presente a eles submetido e que estão dispersas no emaranhado da construção de sua formação como pessoa”. Viver com o corpo queimado faz parte do desenvolvimento deles, mas ainda não desenvolveram o autoconhecimento acerca dele para socializá-lo na dinâmica do desenho sobre seus corpos. Essa provavelmente seja uma implicação para o cuidado quando as enfermeiras pediatras precisam objetivar signos percebidos no corpo ou nas expressões das crianças que cuidam e podem intervir.

Encontrar condutas clínicas de captar o que pode estar ocorrendo ou sendo escondido que aparece na brincadeira, no desenho e pode ser o caminho (sem “forçar a barra”) para encontrar informações significantes ou icônicas nos desenhos para detectar sofrimentos provocados pela queimadura.

É importante destacar que, durante a coleta de informações, quando sentada com as crianças no ambulatório do hospital, fui interagindo com cada uma e testemunhei que elas não queriam falar da queimadura em si, mas do que as rodeia e a sensação que tive é de que elas não querem lembrar, mas que se mostraram como crianças possíveis: querem brincar, querem passear, querem segurança. Cada uma vai criando sua história e tudo depende de como é colocada no mundo, e de que mundo estamos falando. Assim ela vai interagindo em casa, na escola e enfrentando as adversidades por não ter o corpo íntegro, numa sociedade que privilegia o belo. De como será esse ser não podemos precisar, mas tudo depende de como seu corpo se transforma nessas interações durante seu desenvolvimento e assim irá se construindo para atitudes solidárias ou atitudes violentas.

A atitude de ficar sentada ao lado delas quando desenhavam seus corpos, aproximava-se muito da relação materna, tão comum nas condutas das enfermeiras pediátricas e tão próximas das crianças, podendo refletir a respeito do conhecimento daqueles jovens corpos e da relação com o desenvolvimento da autoconsciência e da consciência social de cada uma delas como resultado de seu viver em casa, na escola, na história de suas vidas, na história familiar de cada uma.

Arriscamos dizer por que não mergulhamos na história de vida dessas crianças, que seus desenhos dão conta de crianças que estão no mundo para aceitar o “corpo queimado”. Quanto a isso Maturana e Verden-Zöllner (2004, p.132-138) afirmam:

[...] que a aceitação mútua não pode ocorrer como uma forma espontânea e sustentada de viver com o outro se não houver auto-aceitação e, portanto, o auto-respeito não pode surgir como característica da história da criança na relação materno-infantil se esta não fluir na mútua e total aceitação corporal o que implícita na operacionalidade das interações não-intencionais da brincadeira [...].

Os autores ainda dizem: “[...] ser aceito é ser visto no presente de uma interação; não ser visto no presente de uma interação é ser negado. Ver ou não ver o outro é função do nosso emocionar [...]”.

A busca de indícios de lembranças da criança sobre sua lesão corporal por queimadura, além de ter sido um desafio na habilidade de torná-las co-pesquisadoras e produtoras de dados, foi uma grande surpresa, pois os desenhos nos mostram crianças felizes, alegres, coloridas – crianças com desenvolvimento normal que faz parte da transformação de cada uma delas.

Maturana e Verden-Zoller (2004, p.124) afirmam que, “[...] a consciência individual e social da criança surgem mediante suas interações corporais com as mães, numa dinâmica de total aceitação mútua na intimidade de brincar”.

Se a criança cresce nessa atividade, esse pode ser um modo que as enfermeiras devem se apropriar para cuidar das crianças passíveis de sofrer violência e que, por enquanto, os seus desenhos nos indicam que elas estão “bem” integradas a seus aspectos físicos de ser queimadas ou de ter seqüela de queimaduras.

Mesmo assim é preferível estar atenta e manter um olhar aguçado (clínico) porque enquanto brincam podem ficar no “limiar da subjetividade” e se esquecerem, momentaneamente, de que a cicatriz pode acarretar sofrimentos.

Das 10 crianças do estudo, duas não quiseram fazer suas imagens; uma delas se “desmancha” no desenho e as sete restantes fizeram desenhos que mostram sua casa, o modo como está arrumada, tem janelas, flores, árvores, sol, nuvens, corações, família, super-heróis, pessoas. São expressões de aparente tranqüilidade e dizem respeito à imaginação dessas crianças: os desenhos são formas de expressão para responder as nossas inquietações, que às vezes são “exageradas”, e por causa da natureza de nosso trabalho com o sofrimento humano, queremos encontrá-lo nas diversas situações que entendemos como sofridas. No entanto, quando colocamos “aparente tranqüilidade” entre aspas é porque nada está claramente resolvido, pois nas explicações das crianças quando falam sobre a experiência de serem queimadas elas falam de sentimentos e sensações nas relações com ela mesma e com os

outros (seres violentados) e não com a família o lugar onde se sentem protegidas; melhor explicitado nos registros que compõem a segunda categoria.

A insistência em aprofundar a categoria da imagem fundamenta-se na nossa crença de que podemos detectar problemas e melhor compreender a criança através de brincadeiras de criar, pintar, modelar o corpo. Brincar como uma atividade produtiva e de não controle delas, mas liberação de sua imaginação para atividades que lhes possam causar prazer de viver através de brincar, criar e assim de aprender a amar e estarmos atentas ao que Maturama e Verden-Zöller (2004, p.129-130) chamam a atenção quando dizem:

[...] de modo inconsciente ensinamos nossas crianças a não amar, embora o amor seja a conveniência nas ações que constitui o outro como um legítimo outro em convivência conosco [...] devido à separação de corpo e espírito em nossa cultura – e a freqüente instrumentalização das relações interpessoais – muitas das nossas crianças crescem sem visão social de si mesmas, por não aprender a viver a aceitação mútua e plena como algo natural e espontâneo [...].

No entanto, mais uma vez confirmamos que brincar desenhando é a melhor forma de cuidar da criança. Nesse momento, elas mergulham em sua imaginação e expressam o que está dentro delas, e sempre é o que melhor expressam. Não há lembranças desagradáveis no mundo da imaginação quando brincamos.

Não foi possível encontrar vestígios de *bullying* nos desenhos das crianças. No entanto as imagens podem explicá-las e indicam que existe alguma coisa. Diante do tempo escasso para nos encontrar com as crianças, nos dias que iam à consulta, “roubávamos” alguns momentos da presença dela e da mãe para conversar.

Dessa experiência, descobrimos que uma implicação é decorrente da dimensão tempo. Não é possível captar signos num único dia e em tão pouco tempo. Isto implica no cuidado permanente e contínuo “por tempo indeterminado” quando se querem prevenir ou tratar do *bullying*.

Por outro lado da experiência, correndo por dentro do problema estamos sem fundamentos teóricos produzidos na área da enfermagem e por isso tivemos que buscar “novas vizinhanças” teóricas para falar sobre o tema que pertence à área das ciências sociais, da filosofia e da biologia. Isto porque o que tem sido escrito pela enfermagem trata de experiências internacionais muito limitadas.

Outra questão que nos desafia é de que esse tipo de violência que uma criança inflige sobre a outra, não é uma questão de julgamento, de ato criminoso e que a criança não pode ser julgada como adulto. Que nossa conduta para com eles é de ajuda, de tratamento, mesmo sem sabermos ainda e muito menos entender os processos agressivos da criança e de como lidar com elas. A tendência, da natureza humana, é de cuidar da vítima, o agressor deve ter outro tratamento. Problemas que não são somente da área da saúde; os debates juristas continuam sem definir a idade de ser criminoso.

Mas acreditamos que é possível adquirir um olhar clínico intermediado pela arte de cuidar para detectar fenômenos tão imprecisos como a violência da criança sobre outra com seqüelas de queimadura. Por ela não ser bela como os agressores, as suas brincadeiras se expressam como: “eka”, “feia”, expressões de nojo, de indelicadeza.

Instaurar uma zona de vigilância entre cuidadores, clientes, família, profissionais de saúde e professores, para cuidar das crianças nos espaços onde elas circulam pode ser possível para detectar signos e sintomas precoces de violência. Provavelmente conversar pode ser a melhor arma para cuidar das crianças e conversar de forma lúdica numa estratégia viável como uma maneira de viver com elas o maior tempo possível. Conversar como um modo de manter o fluxo do cuidado de se entender que essas conversações podem ser uns fios que liga ações na família, na escola, na comunidade.

Parece importante tornar públicas as experiências de viver com crianças que sofrem por problemas de aparência ou que sofrem por motivos de violência, como um modo de envolver a comunidade. Segundo Maturana (1998, p.91):

[...] tornar público faz parte do viver cotidiano, emocionar que torna possível o pensamento objetivo – isto é, no de pensar que trata os objetos (queimadura e violência) que surgem na experiência do observador (a enfermeira pediátrica) como se fossem entidades e processos com existência independente de suas ações - transformou-se no ponto de partida para duas formas diferentes de pensar e lidar com o mundo da experiência [...].

Na verdade, precisamos saber o que fazer com nossas experiências de cuidar dessas crianças, como falar delas como formas de cuidado e de como resolver e compreender o que pode surgir ou que percebemos como fenômeno de nossa atenção.

No cuidado estamos em constante desenvolvimento de relações humanas com as crianças, suas famílias, seus professores, seus amigos e essas relações podem se fundamentar de diversos modos como: poder por saber, poder sobre o corpo quando cuidamos da criança em nossos espaços de trabalho ou até mesmo quando “tentamos substituir” as mães dessas crianças, “a substituição da figura materna pelas enfermeiras para satisfazer as necessidades físicas e emocionais da criança”, Oliveira (1999) citando D’Andrea (1962, p.421-422) em seu livro *Da mãe substituta à Enfermeira Pediatra*.

Os nossos argumentos, nos encaminham para implicações no cuidado nessa categoria onde as crianças ao tentarem lembrar da queimadura, se referem a medo e dor, apóiam-se em Maturana e Verden-Zöllner (2004,p.129) quando dizem “[...] que negar, ao aceitar a separação de corpo e espírito como entidade, inicia-se para nós e para os demais, um sofrimento que só pode desaparecer com uma experiência de unidade que os junte de novo [...]”. Não sabemos se as crianças têm isso claramente definido quando desenham seus corpos, mas a lembrança da queimadura (física) não se mistura ao sofrimento que não é físico ou a uma alegria que não é pela queimadura, mas pela família que tem.

Poderíamos pensar num cuidado que desperte nelas não só uma consciência corporal, mas uma consciência do afeto e da possibilidade de se valer querida e respeitada com ou sem cicatriz.

Se nós, de um modo geral, não exercitamos um saber para nossa consciência corporal, como podemos instrumentalizar o outro principalmente as crianças, a fazer o mesmo exercício? Parece que essa é uma implicação de ensinar o que fazemos. Segundo Maturana e Verden-Zöllner (2004, p.132):

[...] em outras palavras, devido à epigênese o modo como uma criança vive a sua corporeidade, nos primeiros anos de vida, não é indiferente para o seu desenvolvimento. Em consequência, também não o é para o desenvolvimento de suas possibilidades de consciência individual e social [...].

O que é possível inferir é que a família que tem uma criança com seqüela de queimadura tenta protegê-la de novos danos, do olhar dos outros, do que elas podem sofrer. Assim, acabam escondendo-as e, ao invés de ampliar sua consciência corporal e social, inibem-na por cuidado, por medo de que elas sofram novamente. Uma forma de amar que é natural, mas que precisa ser tema de conversas que interessam a todos nós e as crianças também e tudo isso é implícito na biologia da emoção; implícito na aceitação do outro que começa na infância e faz parte do processo educativo, do processo de viver, crescer, se relacionar.

A queimadura nessa categoria parece irrelevante, mesmo que elas destaquem dor e medo como lembrança quando foram estimuladas a pensar nela como suas experiências que aparentemente não são compartilhadas na família: todo mundo brinca, tudo mundo ri, os desenhos são coloridos e o sol brilha, como se a experiência fosse invisível, mesmo no momento em que vão ao ambulatório para cuidar da queimadura. Aqui existe um signo que está escondido no cotidiano da mãe e da criança. É importante destacar Maturana e Verden-Zöllner (2004), que tratam de outras questões na relação mãe e filho, e que dizem:

[...] quando essa situação persiste no cotidiano de suas relações com seus filhos, estes se tornam sistematicamente invisíveis para ela. As crianças não vivem seus corpos como válidos na relação, e não têm modos de aprender sua corporeidade como constitutiva de sua identidade no que fazem. Em consequência, não têm possibilidades de crescer em auto-consciência nem de desenvolver respeito por si mesma [...].

São fundamentos que nos ajudam na reflexão dessa categoria que não acaba aqui; que são inferências tiradas de informações sutis vividas nas consultas com as crianças e suas mães.

### **3.6.2 Sobre a segunda categoria – A OBJETIVIDADE: as crianças FALAM de SENTIMENTOS e SENSACÕES sobre a queimadura**

Essa categoria diz respeito às respostas das crianças ao questionário onde pedimos a elas que falassem sobre a queimadura; como se sentem quando olham para a queimadura e como era a relação com a família, entendidas como questões individuais das crianças. Ao responder, elas lembram de: DOR e MEDO, ao olhar para a queimadura dizem sentir MEDO, VERGONHA e o DESEJO de voltar a ser o que eram; quanto à relação com a família aparentam FELICIDADE, têm apoio dos avós, dos irmãos e padrinhos. Uma delas tem MEDO e destaca a fala de um tio que disse: “[...] o pé vai cair [...]”.

Sentir dor porque se queimou faz sentido, sentir medo da cicatriz ou queimadura não faz sentido, mas ter medo é um sentimento que tem sentido e então estamos falando de emoções que dão origens aos sentimentos, elas:

[...] servem de guias internos e ajudam-nos a comunicar com os outros sinais que também os podem guiar. Os sentimentos não são intangíveis e nem ilusórios, são tão cognitivos como qualquer outra percepção são os resultados de uma curiosa organização fisiológica, que transformou o cérebro no público cativo das atitudes teatrais do corpo [...] (DAMÁSIO, 1996, p.15).



Quanto aos sentimentos, eles nos permitem entrever o organismo em plena agitação biológica, vislumbrar alguns mecanismos da própria vida no desempenho das suas tarefas.

Sentir dor no ato do acidente é natural porque o fogo sobre a pele queima e destrói atingindo terminais nervosos sob ela. Sentir dor porque olha para a cicatriz pode se tratar não mais de uma dor física, mas de uma dor do espírito que sofre porque quer “ser como era”. Esse sentimento enraizado na alma das crianças que se queimaram, principalmente daqueles que queimou o rosto e mudaram a sua imagem de bela para feia, é desestimulante de olhar, pode provocar mais sofrimento.

Esse é um sofrimento do corpo, uma dor entendida como emoção da mente humana e que constitui a base do ser humano. Pode ser a dor de existir que nem eles nem nós sabemos o que é na criança, como ela vive o sofrimento. Mais um desafio e uma implicação que se instala porque a mente da criança não está madura para entender do “sofrimento da alma”.

Para entender esse tipo de dor só pelo viés da psicanálise é possível se apropriar dela para tentar compreender o que a criança sente. Não é sensação física, não é de objeto perfurante ou traumatizante, não é do fogo que queima a pele, mas de uma dor de vergonha, de querer se esconder. Essas manifestações de dor são de tristeza, depressão e melancolia que precisamos acreditar que as crianças sentem, não importando em que crença tem sobre seus sentimentos, “o olhar clínico” é o caminho que temos que percorrer com elas, confirmando o que pensamos, Ellenberg (2005) nos diz que o “olhar clínico” busca desvelar o que está escondido para reconhecer para conhecer; uma “olhadinha” igualmente busca o que está fixo para que o olhar não mais se perca”.

Parece-nos que manter a conversa com os todos envolvidos com esse corpo “criança/queimado” pode ser uma demarcação de cuidado e que se apresenta como possível,

entendida como: ações de cuidar, movimentos de cuidar, interação no cuidar, corporeidade no cuidar, transformação corporal como objeto de cuidar.

Como tocamos essas crianças queimadas no cuidado, tocar não é só físico, mas tocar com nossa presença e sentidos para captar e compreender o que é DOR e o que é o MEDO da própria situação, do próprio corpo e assim: voltar a atenção para o que ocorre, voltar a atenção para as expectativas, voltar a atenção para o ambiente onde a criança queimada convive.

Principalmente a ação de integrar essa criança ao seu próprio EU que é explicado por Maturana e Verden-Zöller (2004) como uma discussão social humana (o eu) que se realiza por meio de uma dada corporeidade e surge como um entrecruzamento específico das diferentes conversações que constituem e definem a comunidade social em que o EU vive. Essa criança queimada que sofre violência entre seus pares tem uma identidade social agora queimada – uma forma particular de ser em sua corporeidade que vive num grupo que nem sempre a aceita.

Acreditar que, brincar pode ser uma forma de cuidar transcende a procedimentos e rotinas clínicas de cuidar que as enfermeiras sabem muito bem fazer. Brincar como espaço de expressão do corpo é se fundamentar no estímulo à emoção entendida por Ledoux (2001, p.114-245) como uma experiência subjetiva, uma invasão apaixonada da consciência, um sentimento. Ser queimado é viver uma experiência dolorosa e emocional que envolve “sensação de medo”, quando nós adquirimos a percepção consciente que tem origem no sistema emocional do cérebro, como o sistema de defesa que precisamos estar atentas como enfermeiras pediátricas para poder intervir.

As crianças, ao se olharem com marcas de queimaduras têm marcada em seus corpos, a experiência emocional vivida de dor e medo que se dá no nível do consciente. No campo da ação de enfermagem ela lida mais especificamente com as experiências

conscientes, que é diferente do que a psicologia faz, que exclui a emoção da cognição, ações para nós que estamos ainda engatinhando na crença de que podemos trabalhar com conteúdos conscientes, isto porque temos nos dado conta de que estamos, sempre envolvidos na luta de entender sentimentos descobertos em nossas ações de cuidar e trabalhar com a memória da experiência, com a memória do cuidado. Do mesmo modo que trabalhamos com necessidades básicas, também trabalhamos com emoções básicas que afligem todos aqueles que cuidamos.


Quanto a isso Ledoux (2001) diz que a maioria dos teóricos das emoções básicas admite a existência de emoções não-básicas, que são resultantes de combinações ou misturas das mais “básicas”, por exemplo, combinações de medo e duas emoções adicionais, que pode ser culpa, curiosidade, vergonha, raiva ou angústia.

O que nos importa como enfermeiras pediátricas, é observar, com constante conduta clínica, essas crianças que cuidamos em qualquer lugar que estejam, e que merecem ser defendidas por nós, pelas suas famílias, pela sociedade.

É preciso estar “atento” como um animal num deserto tórrido, que sabe que seu predador está à espreita.

Isso não pode ser esquecido, pois a violência é real e não segue critério definido, por que tudo é multifocal e temporal, é singular em cada espaço e em cada família. Estar atentas à emoção do corpo que está diante de nós, é um exercício não só prático, mas com fundamentos teóricos possíveis.

Para ilustrar mostramos a teoria das emoções básicas de autoria de Plutchik (1994, p. 103).

	<p>Emoções de origem psicossocial</p> <p>Díades primárias (combinação de emoções adjacentes) alegria + aceitação = amizade</p> <p>Díades secundárias (combinação de emoções distantes) alegria + medo = culpa tristeza + raiva = mau humor</p> <p>Díades terciárias (combinação de emoções duas vezes mais distantes) alegria + surpresa = deleite expectativa + medo = ansiedade</p>
---	---

As crianças ao olharem para suas cicatrizes ampliam a memória emocional, ao mesmo tempo em que misturam medo com dor (algo concreto) que provavelmente pode ser entendido como “querer voltar ao que era” e está na esfera do desejo, por fatores de estresse numa tensão não dita, mas explicitada em suas emoções mais subjetivas.

Para Ledoux (2001, p.225), os efeitos debilitantes do estresse profundo sobre a memória consciente explicitam o trauma. A mesma quantidade de tensão pode produzir o esquecimento de um trauma e pode ampliar memórias inconscientes ou implícitas que são formadas durante o episódio traumático. Parece, então, que as enfermeiras devem se voltar para essas memórias e atentar para o estresse que é estimulado através da liberação do hormônio do estresse, o ACTH pela glândula pituitária. Esses hormônios “podem ampliar as reações de medo condicionado e traz um importante corolário (consequência, dedução,

resultado) para o entendimento dos transtornos da ansiedade [...].” Esses são conhecimentos de ordem clínica que devemos ter ao cuidar de crianças sob tensão, com medo.

O autor supracitado fala da dificuldade de se extinguir o medo clínico, o que não significa a participação de um sistema cerebral diferente daquele que interdita os medos condicionados extinguíveis em animais. As diferenças entre medos condicionados de fácil eliminação em experiências de laboratório e em pessoas tomadas de ansiedade refletem, com toda probabilidade, diferenças no modo de funcionamento do sistema do medo em cérebros normais e ansiosos e não no sistema que o cérebro utiliza para apreender o medo condicionado e a ansiedade clínica.

Essa categoria que fala da dor e do medo como experiência individual de cada criança também é presente em nossa sociedade e está na violência da rua, do trânsito, na família, no trabalho e nas escolas. O medo que se esconde no silêncio de muitas crianças e que pode ser um signo ao qual precisamos prestar mais atenção, como afirma Le Breton (1997, p.23-26) que o silêncio “nunca é vazio, mas um sopro entre palavras, a curta pausa, permite a circulação do sentido, a troca de olhares, emoções, a ponderação breve dos assuntos [...]”; diz ainda, “o silêncio é o modelador da comunicação, um pêndulo cujos movimentos permitem o encaminhamento tranquilo da palavra de um indivíduo [...]”.

Provavelmente outra intervenção clínica para cuidar de crianças sob efeito *bullying* é fazer de seus espaços onde vivem locais de jogos, como o lugar de sua existência, pois elas precisam de referências como pontos de proteção; utilizar-se do seu imaginário (brincar, desenhar, modelar) para ver o que elas vêem e nós não; criar caminhos imaginários para caminhar com elas e poder descobrir/detectar experiências de violências que não conseguem verbalizar.

É preciso incluir no saber cuidar dessas crianças o que é corporal sensório-motor para ir identificando suas dimensões espaciais que elas vão construindo-nos vários

momentos de crescer e se desenvolver, tudo isso só é possível na brincadeira e por que não um cuidar brincando?

### **3.6.3 Sobre a terceira categoria - A OBJETIVIDADE: as crianças FALAM dos sentimentos e das sensações da VIOLÊNCIA provocada por seus pares acerca da queimadura.**

Nessa categoria concentram-se as falas das crianças, no plano da relação com aqueles que descobrem possuir uma lesão por queimadura e ao solicitar que nos dissesse como ela vivencia esse contato com os outros, ela diz em que é normal, engraçada, e que foi tocada: eles gostam de botar a mão na queimadura, não olhada, o que as faz sentir DOR. Acrescentam que a pergunta mais comum é se a cicatriz dói, e alguns demonstraram na expressão: EKA! Sentido de nojo. Com isso tudo elas passam a ser objeto de curiosidade inclusive de adultos e o que mais fazem com elas é dar apelidos, “zoar” e quem mais agride no sentido verbal são os meninos e isso provoca nelas os sentimentos de: tristeza, humilhação, insegurança e medo.

Um deles chegou a ser agredido fisicamente. Para as 10 crianças essa é a situação sentida por elas, mas como pesquisadora precisava ampliar o universo para que os resultados tivessem maior relevância e apontasse evidências acerca da violência praticada por crianças a seus pares. Violências que tem o nome de emoção, de medo e de dor, cada uma de natureza diferente. As dificuldades de nos apropriar da emoção como uma atenção no cuidado está no próprio entendimento de teóricos sobre ela. Damásio (1996, p.139) quando diz:

[...] atribuir pouca ou nenhuma importância ao processo de avaliação mental da situação que provoca a emoção ainda parece chocante. Sua exposição funciona bem para as primeiras emoções que sentimos na vida, mas não faz justiça ao que passa na mente de Otelo antes de extravasar seu ciúme e a raiva, ou aquilo com que Hamlet cisma antes de levar seu corpo a um estado de verdadeira náusea, ou dos motivos tortuosos de Lady MacBeth ao êxtase quando arrasta o marido para uma violência assassina.

Entender os processos que envolvem a emoção é explicitar como Damásio (1996, p.157) faz:

[...] em termos simples o âmagão cerebral antigo encarregar-se-ia da regulação biológica básica no porão, enquanto no andar de cima o neocórtex deliberaria com sensatez e sutileza as responsabilidades, respectivas daqueles setores do cérebro. Em cima no córtex, encontrar-se-ia a razão e a força de vontade, enquanto embaixo, no subcórtex, se encontraria a emoção e todas aquelas coisas fracas e carnais.

Se os sentimentos e as emoções constituem aspectos centrais da regulação biológica, é para Damásio “nos dias de hoje uma ponte entre os processos racionais e os não racionais e subcorticais”. Sobre as emoções, o autor (1996, p.158) diz que há cerca de um século, William James, cujas intuições acerca da mente humana só encontraram rivais em Shakespeare e Freud, apresentou uma hipótese verdadeiramente surpreendente sobre a natureza das emoções e dos sentimentos. Escutemos suas palavras:

[...] Se imaginarmos uma emoção forte e depois tentarmos abstrair da consciência que temos dela todos os sentimentos de seus sintomas corporais, veremos, que nada resta nenhum “substrato mental” com quem constituir a emoção, e que tudo o que fica é um estado frio e neutro de percepção intelectual. [...] É-me muito difícil, se não mesmo impossível, pensar que espécie de emoção de medo restaria se não verificasse a sensação de aceleração do ritmo cardíaco, de respiração suspensa, de tremura dos lábios e pernas enfraquecidas, de pele arrepiada e de aperto no estômago. Poderá alguém imaginar o estado de raiva e não ver o peito em ebulição, o rosto congestionado, as narinas dilatadas, os dentes cerrados e o impulso para a ação vigorosa, mas, do contrário, músculos flácidos, respiração calma e um rosto plácido?

Estas afirmativas que podem nos ajudar a entender como os sentimentos registrados pelas crianças quando são constrangidas por seus pares acerca de suas lesões corporais, queimaduras. E mais problemático para nós fica quando as emoções das crianças não se apresentam como respostas neurobiológicas e nem como as afirmativas do Sir James, mesmo sabendo que elas são entendidas por nós como sintomas e signos expressados no corpo que se emociona, independente da causa.

Saber que as emoções de medo e de insegurança são causadas pela violência de crianças sobre outras é para nós motivo de busca para ajudar a ambas, a agredida e a agressora, pelos motivos que já registramos na categoria anterior.

As crianças pontuam e mostram que a violência, mesmo que sutilmente apontada, é real e que lhes causa sentimentos diversos como apontados anteriormente. Violência que é uma questão que tem interessado a todos e chamado mais a atenção de educadores de que dos profissionais da saúde. Provavelmente porque quando ela chega a nós já está objetivada, constatada e a nossa ação tem sido mais de intervenção do que de prevenção.

Segundo Chalita (2008, p.80), “[...] há um clima de perplexidade diante de atitudes cruéis que ferem diretamente um indivíduo porque, indiretamente, ferem a sociedade. Num contínuo fluir de exigências ora pessoais, ora grupais, a escola é o palco de conflitos de toda ordem [...]”. Assim é possível entender porque a violência preocupa mais aos educadores do que aos cuidadores, que, na maioria das vezes, estão dentro dos hospitais, um local de cuidado e de não violência, salvo em procedimentos invasivos, necessários, considerados pela sua natureza um outro tipo de violência. Não é comum que as enfermeiras estejam envolvidas em prevenção de violências, mas são orientadas a estarem atentas a sinais e signos que possam identificá-las, quando cuidam das crianças com manchas no corpo, marcas diversas ou quando elas choram diante de alguém.

Para Chalita (2008, p.80):

[...] quando a pauta é violência escolar, visualizamos trocas de xingamentos, palavrões, provocações verbais, desrespeito com o material alheio, depredações de patrimônio, ameaças e agressões físicas, como chutes, tapas, beliscões, a sugestão é ampliar os conhecimentos sobre a questão e sensibilizar para uma violência que é silenciada pelo medo e está presente, infelizmente no mundo inteiro.

Chalita (2008, p.81), afirma que o fenômeno *bullying* trata-se de uma forma intencional e repetitiva de atitudes agressivas dentro da escola. A palavra é um verbo derivado



do adjetivo inglês *bullying* que significa valentão, tirano. Daí a dificuldade para nós de encontrar esse comportamento nas crianças que cuidamos ou nas conseqüências que elas sofrem e que estão em espaços fora de nosso domínio.

Ao saber das crianças que freqüentam o ambulatório para cuidar de suas lesões por queimadura e descobrir que elas sofrem violências por elas é se deparar com mais um problema que demanda cuidados de enfermagem e tem origem em outros espaços que eles não freqüentam.

Violência, fenômeno complexo, banalizado e muitas vezes confundido com outras atitudes que merece atenção de todos. Para Chalita (2008, p.21):

[...] estratégia premeditada que contribui para que a vítima seja desencorajada a falar, seja desacreditada e não fale de sua dor até que alguém perceba. Tempo suficiente para registrar a dor da agressão vivida com medo, para abalar a auto-estima, os processos de aprendizagem e a construção/afirmação da identidade. Um tempo, muitas vezes, mais que suficiente para que o caso se transforme em manchete de jornais [...].

Quando elas dizem que a violência sobre elas é mais comum entre os meninos, essa agressão é entendida por Chalita (2008, p.83):

[...] como *bullying* direto ou *bullying* indireto a forma mais comum entre meninos e que os meios de comunicação costumam ser eficazes nos *bullying* indireto por propagar com rapidez e dimensões incalculáveis, comentários cruéis e maliciosos sobre pessoas públicas [...].

Estar diante de crianças que cuidamos porque apresentam problemas em seu corpo pela queimadura, provoca em nós novas reflexões acerca de nossa prática e nos faz refletir sobre o que fazemos, em que espaços atuamos, que responsabilidades temos e o que nos cabe como profissionais de saúde quando identificamos a violência. Ficamos pensando, diante das informações das crianças até onde somos culpadas, se somos omissas ou incompetentes em não desenvolver um olhar, uma atenção mais aguçada sobre o problema e como agir para tirar as crianças do constrangimento da humilhação.

Para Chalita (2008, p.85):

[...] o mundo das crianças e dos jovens não é tão risonho quanto se pensa. A escola pode, sim, tornar-se um lugar constrangedor. Sob a roupagem da brincadeira de mau gosto, o fenômeno bullying invade silenciosamente os espaços escolares, furtando de crianças e jovens a possibilidade de sonhar. As experiências de dor, de angústia e de humilhação, vividas solitariamente, deixam cicatrizes e podem trazer graves conseqüências para os adultos que essas crianças serão [...].

Nas informações das crianças descobrimos e confirmamos que a violência é silenciosa, que as crianças têm dificuldade de expressar e só puderam objetivá-la quando nos disse que as brincadeiras sobre suas lesões são “brincadeiras desagradáveis”, o que tira todo o significado de brincar, pois brincar é alegria, brincar é ser feliz, brincar é ter prazer; que os risos debochados lhes provocam dor (moralmente), medo e desejo de não ir mais à escola.

Nesse sentido, como profissionais de saúde necessitamos dizer que somos afetados não só pelas crianças que são agredidas, mas por aquelas que agredem. No nosso caso, como enfermeiras esses são comportamentos danosos tanto para quem é agredido como para aqueles que agredem. As crianças queimadas sentem, imediatamente, o deboche enquanto que a outra, aparentemente, não tendo consciência do que faz, podem se tornar ou não futuros agressores, sociopatas e até criminosos.

Mas como fazer se no contexto mundial, social vive sob a égide da violência que entra em nossas casas via mídia ou nas ruas quando somos assaltados, mortos, crianças arrastadas por veículos, pedófilos de todas as classes sociais. Respiramos, vemos e ouvimos violência – as mais cruéis – a se tornar comum, banal, natural.

A violência caminha lado a lado com o poder, quem violenta sempre se sente poderoso porque coloca o outro a sua mercê. Trata-se de um jogo “doente” de um sobre o outro, força ou vigor físico onde a arma pode ser concreta ou subjetiva, onde se usa a palavra como arma. A violência está em casa, na rua, na política e as crianças, como pequenos radares a captar tudo e assim vão marcando seus pequenos corpos com essas experiências. Do

mesmo modo, a grande maioria assiste a filmes violentos, lutas de gangues e jogos de poder; assistem na favela o poder entre os donos da “boca de fumo”, em casa os irmãos maiores mandarem, até nos pais e assim a idéia de violência vai sendo construída como um comportamento. Uma outra violência é a que se expressa como belo, o corpo representando onde os que não têm a aparência sugerida pela mídia não têm vez, não ocupam espaço em destaque, não interessam. Uma criança que não atende às exigências do belo está fora do grupo, não participa do jogo. Servem apenas para o deleite e a alegria de seus agressores que encontram nelas um motivo para brincar debochando de sua aparência.

Sobre o poder (mais amplo para compreender o menor), encontramos em Arendt (p.32-36) quando fala sobre violência e poder: “[...] o poder é um instrumento de dominação, enquanto a dominação, assim nos é dito, deve a sua existência a um “instinto de dominação” e cita Sartre quando ele fala de violência: “[...] um homem sente-se mais homem quando se impõe e faz dos outros um instrumento de sua vontade, o que lhe dá um “prazer incomparável”.

Mas será que essas crianças que agredem se dão conta disso; como cuidar delas para que não se tornem dominadores? Uma das condutas a ser tomada como acertada é a de se atentar para o tempo e o espaço da criança – momentos em que ela faz correlações sensório-motoras, quando cria espaços imaginários de identidades separáveis e permanentes. À medida que vai crescendo ela vai se fortalecendo como sujeito – a ser – no meio de experiências e ações. Maturana e Verden-Zöllner (2004, p.168) diz:

[...] não saber em que idade a criança faz suas transferências nos domínios das relações com aquelas identidades imaginadas – que em si são vividas como meros acontecimentos, mas que se tornam consciência humana na complexidade das relações humanas. Não sabe responder em que idade a criança adquire a possibilidade de imaginar o intocável numa rede de dimensões espaciais e temporais e à medida que as crianças crescem, elas vão tomando consciência corporal em seu viver no linguajar [...].

Assim, os profissionais da enfermagem junto com os educadores, devem pensar num cuidado que possa ser construído com o imaginário da criança acerca do “não ser violento”, como ações coordenadas na família, na escola, no ambulatório, onde a brincadeira deva ser o motivo norteador contra o *bullying*.

Brincar para colocar a criança no fluxo do espaço onde habita, estuda ou se trata é entendido como um espaço relacional humano e nesse espaço ela pode, “na brincadeira”, receber orientações, sempre se utilizando da imaginação que deve, nesse processo de criar, trocar uma posição de mente “agressiva, violenta” para uma mente produtiva, alegre e solidária.

É possível acreditar que todo ser agressivo é solitário e egoísta, daí entender que na área de saúde a criança agressora deve ser também alvo de cuidados para prevenir de tornar-se um adulto violento e a criança agredida deve ser tratada trabalhando, também através do imaginário, a dor, o medo, a insegurança, a vergonha, pois elas também podem tornar-se adultos sem auto-estima ou agressores.

Todo programa/sistematização do cuidado deveria considerar a característica espontânea da criança, brincar, imaginar e criar movimentos de viver como seres humanos. As brincadeiras são formas de trabalhar o convívio, as relações sociais, o poder, a força, o vigor físico-espiritual para construir relações saudáveis.

Trabalhar o medo que constantemente aparece nas falas das crianças agredidas, como o medo de perder entes queridos, de não conseguir o que quer, segundo Glassner (2003):

[...] é um sentimento que está colocado em nós desde a infância; as histórias infantis estão cheias de super-heróis e elas têm sido o meio de povoar o imaginário das crianças – como um meio de comunicação para lidar com esse sentimento. Os seriados (1950), em muitas ocasiões alargam e aumentam as sensações de medo (como *O Santo*, *Jerônimo o herói do sertão* ou o *Fantasma*) – desse medo específico, diz o autor, a expressão de medo evolui num processo rápido, dos romances policiais do cinema e à televisão e dos videogames ao puxar

alguns fios dessa meada mais aparente de produção e medo, ele diz que as visões das tiras coloridas e da mídia eletrônica, não são lidas da mesma forma pelas crianças e pelos jovens adultos; se mencionarmos aqui o medo desvendado pela psicanálise no seu âmago quase inatingível. A questão é que no mundo ocidental nascemos e crescemos numa cultura do medo e em nenhum momento da história, seja nos Estados Unidos, seja na maioria das sociedades contemporâneas, tantas pessoas tiveram tanto medo [...]"

Esse assunto, medo, é presente na vida de todos nós, principalmente na das crianças com problemas físicos que sentem medo quando os meninos tocam, riem, dão apelidos ao seu corpo. Eles têm a sensação de tristeza, humilhação e insegurança quando são descobertos e isso vai construindo sua própria memória corporal, diferente pela queimadura fixada em seu corpo como marca.

Em certos momentos essas sensações se apresentam como signos, linguagens corporais que estão para além do que nos ensinaram e desencadearam em nós a competência de cuidar em pediatria, como: ter habilidades manuais, saber lidar com tecnologias, saber se comunicar com a criança e a família, ler as expressões do corpo juntamente com os sinais, administrar medicamentos, olhos para ver, cuidar do corpo com desvios de saúde são exigências que se aprendem fazendo.

No entanto, cuidar de crianças que agredem ou que são agredidas faz essas competências desmoronarem diante da subjetividade que envolve a violência.

O primeiro grande desafio é descobrir o que está atrás do silêncio, uma linguagem ignorada, que se apresenta como uma quebra no encontro com o outro e diante dele nos falta palavras, ações, acompanhamento. Nós descobrimos que nossa linguagem e a leitura dela no corpo do outro é frágil, quando poderia ser uma aliança entre o sensível e o inteligível nos momentos de cuidar.

Para muitos de nós que cuidam de crianças, a comunicação não é um instrumento de intervenção, até porque é preciso novas habilidades, de muita experiência e treino para conversar com elas. Às vezes, isso só é possível através da brincadeira.

Para Waldon (2004, p.159), cuidar exige resgatar o humano em cada um de nós e o processo sugerido por ela é amplo e mais geral, mas pode ser algo a se pensar, quando diz: desenvolver ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimento crítico, realizados para com o cliente; promover, manter ou recuperar sua dignidade humana; e totalidade humana; estar digno para ela é: “Sentido de integridade e plenitude física, social, emocional, espiritual e intelectual nas faces de viver e morrer”.

Dos sintomas ou sentimentos que dizem respeito a esse estudo a autora fala da dor, porque ela trata de pessoas doentes, internadas. Para ela “dor é um fenômeno aterrorizante”. Mas o que seria dor para as crianças agredidas quando se dão conta de que a sua imagem não é aceita? Que dor é essa que precisamos compreender para ajudá-las?

O que sabemos é que elas querem é voltar a ser como eram. Voltando ao silêncio, parece que esse é uma situação de intervenção que depende de uma linguagem: como falo, do que falo, para quem falo, com crianças que agredem e crianças que são agredidas? Para Le Breton op.cit. (p.34):

[...] o silêncio é uma forma habitual de acolher o outro que não preocupa ninguém. O que parece natural é se olharem, trocar uma pequena saudação para iniciar o diálogo. O silêncio torna-se então uma forma de ritualização de estranheza, e cria ao mesmo tempo um espaço de avaliação [...].

Parece que encontramos uma conduta de aproximação para cuidar das crianças se acreditarmos que no espaço de criar o silêncio pode ser o fio condutor da palavra, uma zona, território de demarcação do início de um encontro com crianças e seus responsáveis.

Mais uma vez, estamos entendendo que cuidar dessas crianças, defendê-las da dor e da humilhação, pode ser um cuidado, uma brincadeira para mexer com o imaginário, um jogo sensorial de palavras como violência, medo, humilhação, tristeza, insegurança, dor, para criar uma linguagem que reinterprete a vida; demarque espaços de relação, o que encaminha a enfermagem para que possa atuar sob novas orientações que incluem os sentidos, a linguagem e a arte de cuidar.

Encontrar cuidados que sejam capazes de fascinar crianças como caminhar sobre linhas imaginárias, viver em espaços sonhados/imaginados e assim ajudá-las a construir um eu que não aceite a violência nem de um jeito nem de outro. Criar nela uma ansiedade positiva para fortalecer sua consciência corporal contra a violência.

São cuidados e acontecimentos que estão ligados às necessidades humanas básicas que envolvem um saber médico, uma racionalidade instituída pela precisão médica e um mundo de notícias e passos para elaborar uma técnica. Mais um cuidado, acontecimento que faço desse encontro (nosso com eles) num evento, numa festa, numa brincadeira para fortalecer a abstração e as dinâmicas corporais são as saídas.

A necessidade de entender essas crianças que falam de suas experiências de queimadas e suas relações com os outros se deve ao querer saber como podemos contribuir para o desenvolvimento de uma estética que não seja a da violência, mas de outra estética que é a do desejo, a das possibilidades de voltar a ser feliz, de ser alegre, de brincar como elas apontaram.

Um cuidado que seja para as EMOÇÕES e os SENTIMENTOS, entendidos como sensações que o corpo sente diante de um problema ou dificuldade, que o cuidado tenha um método e fundamento no afeto intensivo para cuidar dessas crianças que nos interessam neste estudo, afeto que possa marcar o limiar de uma sensação ou o despertar de um estado de consciência sobre a violência entre jovens.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As três categorias ora discutidas indicam diversas implicações que são de ordem “clínica” que envolvem “sentidos clínicos”, olhar, ouvir e deixar falar, tocar para examinar, sentir o corpo físico-emocional da criança e da família que está diante de nós; olhar para a expressão corporal em busca de signos de violência e isso significa saber que o corpo tem uma morfologia, o corpo fala (físico-alma) para dar informações sobre ele mesmo; corpo demográfico que tem identidade, sexo, idade, origem, etnia social, estado de saúde ou doença e aparência física (apresenta energia própria, simpatia, inteligência, afeto, emoções, sentimentos). É um corpo cartográfico da criança que cuidamos.

As categorias nos incitam para um CUIDADO antiviolência em pediatria que dê conta de proteger crianças de um modo geral, e em especial as que têm seqüelas de queimadura.

Também nos orientam que é preciso tratar da temática e considerar que suas características são estruturais da sociedade, de conjuntos políticos e econômicos; que envolvem valores culturais e da própria dinâmica que se estabelecem entre crianças, pares, família, escola.

Que de um modo geral a violência é construída em campo de violência, em espaços diversos que se torna impossível de entender quando as crianças estão envolvidas.

Essa parte é a mais desafiadora, isto porque não sabemos sobre cuidar em pediatria no âmbito da violência. O que sabemos é sobre um cuidado que emerge da condição da criança, mas que tem sua origem na doença e nas intervenções da saúde. Sabemos de que tratamentos precisam e somos parceiros dos médicos em diversas intervenções que incluem termos, técnicas e tecnologias das mais simples até as mais sofisticadas. O que os dados nos indicam é que existem implicações de diversas dimensões. A primeira delas e de ordem



filosófica apoiada em Castoriades (1999, p.17) quando diz que a via filosófica abre-se quando refletimos sobre matemática, física, biologia; mas também se abre quando refletimos sobre o fato (a violência) quando tratado no ramo da ciência. No entanto, diz o autor:

[...] é preciso se interessar pela filosofia como compromisso com a totalidade do pensável, já que ela é encarregada de refletir sobre todas as nossas atividades. As dificuldades concretas que essa responsabilidade encontra, hoje, pertencem a uma ordem de considerações; elas também não mudam em nada a situação de princípio. A via da filosofia também se abre necessariamente quando refletimos sobre a sociedade, a história ou a psique humana. E duplamente, pois essa reflexão nos conduz apenas à questão: qual é o modo de ser destes entes (sociedade, história, psique), “ao lado” do modo de ser destes outros entes que são a natureza, a física ou o vivente [...]

Isto é, a nossa implicação com o que encontramos é da ordem da reflexão da busca de respostas e de cuidados que se integrem à família e à escola, cuidados que estamos pensando e descobrindo a partir das crianças.

A segunda implicação envolve os sujeitos que cuidam e diz respeito à estrutura e organização das práticas de cuidar e do ambiente onde tudo acontece. Exercitar uma atenção clínica para identificar os signos que estão na dinâmica familiar, na escola, na dinâmica dos movimentos dos corpos que convivem com a criança, é pensar em outra forma de intervir contra a violência. Implicações que envolvem o AMBIENTE, ESPAÇO de anti-agressão e isso é bancar a idéia de um cuidado proposto por NIGHTINGALE in Tomey e Alligood (2004, p.5), que expressou, em meados do século XIX, a firme convicção de que os conhecimentos de enfermagem e da função da enfermeira era a de colocar os doentes em melhores condições para que a natureza atuasse sobre ele, e que a enfermagem era baseada no conhecimento das pessoas e do seu ambiente. Assim, é possível entender hoje, mesmo que Florence não tenha escrito sobre violência, que é possível estar atenta às crianças (agressoras e vítimas) e ao ambiente a que pertence. É de se esperar que seja possível incluir novas atenções para as crianças que se apresentam com novas doenças, onde os medicamentos, as

punções venosas, a manutenção no leito inexistem. Atenção que envolve comunicação e as subjetividades que o corpo produz ou recebe violência.

É um cuidado que evolui e se transforma a partir de um pensar diferente que envolve educação como afirma Edgar Morin (2006, p.82), filósofo francês em seu livro *Os sete saberes necessários à educação do futuro* quando diz “[...] toda evolução é fruto do desvio bem sucedido cujo desenvolvimento transforma o sistema onde nasceu: desorganiza o sistema e reorganiza”. Isto é, precisamos rever, pensar e reorganizar uma enfermagem pediátrica que se interesse pela violência/*bullying* para construir uma não violência.

As grandes transformações são morfogêneses, criadoras de formas novas que podem constituir verdadeiras metamorfoses. Isto nos parece indicar que um cuidado em pediatria para intervir no fenômeno “violência entre pares” é aquela que faz sua metamorfose “saindo do casulo biologia/doença, para se transformar tirando do casulo a violência e transformá-la em saúde”. Metáfora de transformação de um discurso de cuidado biomédico para um discurso biossocial, como o caminho para uma vida saudável que se inicia na infância.

A terceira implicação é de uma filosofia dos sujeitos, de como suas atitudes, comportamentos, reflexões são exercidas (pelas enfermeiras) e se elas envolvem a capacidade de estar sensível ao problema das crianças e de como pode participar de intervenções junto à família e professores das escolas onde as crianças aprendem. Diz respeito à filosofia da vida dos profissionais e de sua capacidade de afetar e ser afetado pelo problema da violência, decorrentes de suas crenças e orientações físico-espirituais.

Uma enfermagem que não faça por que tem que fazer, mas que interroga o *bullying* como um problema essencial fundamental, uma problemática global de educação para o futuro, sem contextualizar, sem interrogar a atual condição humana, para poder

desenvolver o pensamento sobre a condição humana de bem estar. Uma enfermagem que deve ter propostas de intervenção para o fenômeno *bullying*:

[...] como humilhação, constrangimento, intimidação, comportamentos cruéis, intimidadores e repetitivos prolongadamente contra uma mesma vítima, criança e/ou adolescente. É um desafio para toda uma sociedade, pois tal fenômeno pode estimular a delinquência (FANTE, 2005).

A quarta implicação é estratégica se considerarmos que a enfermagem, neste século começa a entrar nos domicílios, para cuidar da família e pode criar uma nova forma de se encontrar com seus clientes, desenvolver uma “sintonia fina” para detectar signos não só no corpo das crianças, mas também no ambiente familiar. Parece acertado que ela deva emigrar para outros espaços onde as crianças estão: escola é um deles, e assim, resgatar a saúde-escolar que se perdeu no meio das mudanças do século passado.

Para proporcionar à criança com lesão provocada por queimaduras uma assistência integral, é preciso desenvolver condutas que se sobressaiam ao aspecto físico da dor. Mediante uma experiência tão traumatizante, cabe ao enfermeiro lançar mão de instrumentos básicos da enfermagem: a comunicação e a empatia, representadas aqui pelo interesse sincero pelo outro; no decorrer do tratamento e da reabilitação, é necessário que o enfermeiro pediatra ofereça uma assistência criativa e estimulante, a partir de uma observação cuidadosa a fim de combater o que é ineficaz e ineficiente em seu tratamento como exemplo: a difícil aceleração de sua aparência e a baixa auto-estima. Para isso, cabe o enfermeiro reconhecer o potencial da criança em superar dificuldades e obstáculos como: o acolhimento, a escuta, a confiança e o respeito à criança; no sentido de compreender, valorizar e oferecer suporte em seu sofrimento psíquico e a possibilidade de denunciar a violência. “Ouvir é um instrumento essencial para compreensão do outro, é uma atitude positiva de calor, interesse e respeito, sendo, portanto, terapêutica.” (BENJAMIN A, 1983)

Buscando apoio nas teorias de enfermagem, não encontrei nenhuma delas que se preocupasse especificamente com pediatria e muito menos com violência na infância. Sempre a teoria é voltada para o adulto e restauração da saúde físico-biológica.

Dessa forma, o *bullying* começa freqüentemente pela recusa de aceitação de uma diferença, seja ela qual for, mas sempre notória e abrangente, envolvendo religião, raça, estatura física, peso, cor dos cabelos... ou é uma diferença (FANTE, 2005).

Os profissionais de enfermagem não podem assumir a responsabilidade no combate da violência entre pares, entretanto, cabe a ele o envolvimento institucional ( na escola, no hospital, etc.), de modo a capacitar seus profissionais para o enfrentamento do problema, respaldados na compreensão das relações sociais conflituosas.

Contudo, é fato que a conscientização da sua importância, a quebra de idéias pré-concebidas e o treinamento correto para diagnosticar situações de violência entre pares, são condições necessárias para que o enfermeiro pediátrico seja capaz de detectar e notificar, essa realidade que se apresenta de forma tão expressiva no cotidiano dos seus atendimentos, seja qual for a sua área de atuação.

Acredito que o estudo contribuirá para divulgar a temática da violência infantil e ampliar sua discussão para além do contexto educacional, incluindo a saúde, em especial para o enfermeiro pediatra. Além disso, permitirá combater o malefício do silêncio dos profissionais e das entidades públicas ou privadas que cuidam, orientam e educam crianças e adolescentes que sofrem com a violência entre pares e/ou fenômeno *bullying*.

## 5 REFERÊNCIAS

ALVES, Rubem. A Casa de Rubem Alves. **Correio Popular**, 8 de maio 2005. Disponível em [www.bullying.html](http://www.bullying.html). Acesso em 11 nov. 2006.

ARTZ, C.P.; MONCRIEF, J. A.; PRUITT, B. A. **QUEIMADURAS**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

ATCHISON, N. E. et al. **Pain during burn dressing change in children: relationship to burn area, depth and analgesic regimens**. *Pain*, 1991, p. 41-45.

BARDIN, L. **Análise e Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1997.

BECKER, Howard S. **Segredos e truques da pesquisa**. Tradução: Maria Luisa X. de A. Borges. [S.l.]: Zahar, 2007.

BENJAMIN, Walter. **Pequena história de fotografia**. Em: Kothe, F.R (org). São Paulo: Ática, 1983, p219-240.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Brasília (DF), 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Violência contra a criança e o adolescente. Brasília (DF), 2000.

CABRAL, I.E. **A Pesquisa e as questões éticas envolvendo a pesquisa com crianças e adolescentes**. Escola de Enfermagem Anna Nery. Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v.6, suplemento n.1, dez.2002, p.25-39.

\_\_\_\_\_ et al. **Legislação básica de proteção à infância: uma abordagem para prática de enfermagem pediátrica**. Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, v.6, sn1, dez., 2002, p.41-52.

CASTORIADES, Cornelius. **As encruzilhadas do labirinto**. Volume 1. Tradução de Carmem Sylvia Guedes. Editora Paz e Terra, RJ, 1987, 2º edição (no Brasil 1997).

\_\_\_\_\_. **Feito e a ser feito – as encruzilhadas do labirinto**. Tradução de Lilian do Valle. D. P. e A. Editora, RJ, 1999.

CAVALCANTE, M. **Como lidar com “brincadeiras” que machucam a alma.** Revista Nova Escola, Rio de Janeiro, v.14, n178, 2004, p.58-61.

CHALITA, Gabriel. **Pedagogia da Amizade – bullying: o sofrimento das vítimas e dos agressores.** São Paulo: Editora Gente, 2008.

COSTANTINI, Alessandra. **Bullying: como combatê-lo? Prevenir e enfrentar a violência entre os jovens.** Tradução de Eugenio Vinci de Moraes. São Paulo: Itália Nova, 2004.

DAMASIO, Antonio R. **O erro de Descartes – emoção, razão e cérebro humano.** Tradução de Dora Vicente e Georgina Segurado. Editora Companhia das Letras, SP, 1996.

DESLANDES, S.F. **Prevenir a violência,** Fiocruz, Brasília, 1997.

DONZELOT, J. **A conservação das crianças e adolescentes.** In: Donzelot J. A polícia das famílias. Rio de Janeiro: Graal,1980.p.15-48

ELLENBERG, Eytan. **Do olhar clínico ao carinho ético: por uma nova linguagem médica.** IN: L’AUTRE Cliniques, cultures ET sociétés Revue Transculturelle,volume 6,n. 2,2005, p.211-225.

ESTATUTO DA CRAINÇA E DO ADOLESCENTE, Lei nº 8069 de 13-7-1990, Editora Expressão e Cultura Brasília, DF, Atualizado até fevereiro de 2001, p.168.

FANTE, Cléo. **Fenômeno bullying – Como prevenir – a violência nas escolas e educar para a paz.** São Paulo: Verus, 2005.

FELÁ, Maria Irene. **Conflito interpessoal no grupo.** Rio de Janeiro: Abraphia, 2005.

FELDMAN-Bianco, Bela e Leite, Mirian I. Moreiro (org). **Desafios da imagem – fotografia, iconografia e vídeo nas ciências sociais.** Campinas, SP, Editora: Papirus, 1999.

FOUCALT, M. **Microfísica do poder.** Graal. Rio de Janeiro. 1995.

GIORDANI Annicy Tofeiro. **Violências contra a mulher.** Aldiovandi – Referências teóricas sobre a violência generalizada – Ed.: Yendis S.P.S. Caetano do Sul, Cap.1 2006, p.1 a 24.

GLASS, E.C. **Importante of reserch to pratactice.** In: MATEO, M.A.; Kirchhoff, K.T. (eds.). Conducting and using nursing research in the clinical setting. Baltimore: Willian & Wilkins, 1991.

GLASSNER, Bary. **Cultura do Medo.** Tradução de Laura Knapp, Editora: Francis, SP, 2003.

GUIMARÃES, S.S. **Introdução ao estudo da dor**. In: Carvalho, M.M.M.J. de (org.). *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus, 1999.

LEADOUX, Joseph. **O cérebro emocional – os misteriosos – alicerces da vida emocional**. Tradução de Teresinha Batista dos Santos. Editora: objetiva, RJ, 2001.

LE BRETON, David. **Do silêncio**. Lisboa, Instituto Piaget, 1997.

LÜDKE, M.: Andre, M.E.D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, C. Janice. **Atendimento à criança e adolescentes vítimas de violência doméstica: impasses e desafios**. Dissertação de Mestrado. I.F.F./ Fiocruz. 1998 nº p. 118.

MARANHÃO, Regina Célia. et al. **Violência na infância: um desafio para a prática da enfermagem pediátrica**. Trabalho apresentado no Seminário da criança e do adolescente. Rio de Janeiro – 2002.

MATTOS, Adélia M.G. Bullying. IN: **Comunicado Interno**. Rio de Janeiro: ABRAPIA, 2002.

MATURANA, Humberto.  **Emoções e linguagem na educação e na política**. Tradução de José Fernando Campos Fontes. Editora: UFMG, BH, 1998.

\_\_\_\_\_; VERDEN-ZÖLLER, Gerda. **Atuar e brincar – fundamentos esquecidos do humano, do patriarcado à democracia**. Tradução de Humberto Maniotti e Lia Diskin. Editora: Palas Athenas, SP, 2004.

MENEZES, Eni-Leci Monteiro de; SILVA, Maria José da. **A enfermagem no tratamento dos queimados**. São Paulo, Editora: EPU, 1988.

MERIGHI, M.A.B.; Praça, N.S. de. **Abordagens Teórico-metodológicas Qualitativas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2003, cap.1 e 2

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência social sob a perspectiva da saúde pública**. Caderno de Saúde pública, v.10, s.1, Rio de Janeiro, 1994.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde**, 9. Ed. Revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

\_\_\_\_\_; SOUZA, E.R. **Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva**. História, crianças, saúde (on-time) Manguinhos, v.4, n.3, 1997-1998 – Disponível

em : [www.fiocruz.br/hascience/vol4n3artcecelia.html](http://www.fiocruz.br/hascience/vol4n3artcecelia.html). Acesso em 29 de agosto de 2007, p.13 – 31.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência**. Rev. Saúde Pública 2000, 34 (4), p. 427 – 430. Disponível em [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp). Acessado em setembro de 2008.

MOLCHO, Samy. **A linguagem corporal da criança**. Fotografia Nomi Baumgarth. Tradução Claudia Abeling. São Paulo: Editora Gente. 2007.

MONTAGU, Ashley. **Tocar: o significado humano da pele**. 3ª ed. São Paulo: Summus Tradução Maria Silvia Mourão Netto. 1983. 427 p

MONTEIRO Filho, Lauro; BARRETO, Luciana. **Bullying – violência na escola**. Rio de Janeiro: Abrapia, 2002.

MORIN, Edgar. **Os Sete Saberes Necessários à Educação do Futuro**. 11. ed. Tradução de Catarina Eleonora F. da Silva e Jeanne Sawaya. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: 107d107SCO, 2006<sup>a</sup>.

\_\_\_\_\_. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 12.ed. Tradução de Eloá Jacobina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

OLIVEIRA, A. Shutz de; ANTONIO, Priscila da Silva. **Sentimentos do adolescente relacionados ao fenômeno *Bullying*: possibilidades para a assistência de enfermagem nesse contexto**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.8, n.01, p.30-41, 2003. Disponível em <http://www.fen.ugf.br//revista8>.

OLIVEIRA, Isabel Cristina dos Santos. **Criança mal tratada física ou emocionalmente por pais, família e sociedade**. *Pediatria Atual*, v.3n4, p.9-23, set/out. 1990.

\_\_\_\_\_. **Da mãe substituta à Enfermeira Pediatra. A construção do saber da Enfermagem à Criança Hospitalizada**. Rio de Janeiro. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery. 1998,120 p.

PICHON-RIVIERE, Enrique. **O processo de criação**. Tradução de Claudia Berliner. São Paulo, Editora: Martins Fontes, 1999.

PITTA, Danielle Perin Rocha. **Iniciação sob a teoria do imaginário de Gilbert Durand**. Coleção filosofia – Rio de Janeiro, Editora: Atlântico, 2005.

POPPER, K. **La logique da I découverte scientifique**. Paris, Ed.: Payot, 1973.



PORTAL DA PSIQUIATRIA. **Maldade na Infância e adolescência: Bullying**. Psiqweb. Disponível em <http://mailglobo.com/file/attachment/bullying.htm?sid>. Acessado em maio de 2007.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Um discurso sobre as ciências**. 4. ed. São Paulo, Ed.: Cortez, 2006.

SILVA, Leila Rangel da. **Proposta de um modelo de orientação destinado à criança em idade escolar que precisa ser submetida a cirurgia cardíaca**. Dissertação de Mestrado. UNIRIO. 1995, nº p.244.

SISTON, A. N.; VARGAS, L. A. **O Enfermeiro na escola: Práticas educativas na promoção da saúde de escolares**. Enfermagem Global. [online], novembro 2007, nº 11, p.1-10. Disponível em [www.un.f.s/ojs/index.php/eglobal](http://www.un.f.s/ojs/index.php/eglobal). Acessado em out. 2008.

SOUZA, Luciana G. A.; BOEMER, Magali R. **O ser com o filho com deficiência mental desvelando**. Editora Pardeia USP, Ribeirão Preto, v. 13, n.26, jul./dez. 2003, p 209-219.

TAYLOR, M.; BEAUDOIN, M-N. **Bullying e desrespeito: como acabar com essa cultura na escola**. Tradução de Sandra Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006.

TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Modelos e teorias em enfermagem: Hildegard e Peplau** – Enfermagem psicodinâmica. 4. ed. Madrid: Harcourt Brace, 1998.

\_\_\_\_\_. **Teorias de enfermagem e sua obra (modelos e teoria de enfermagem)**. 5ª edição, ed. Lusociência, Lisboa, 2004.

TORRES, T Gabriel. **Interrelações entre a violência na infância e adolescência e o uso de armas de fogo**. [Monografia apresentada à coordenação do Curso de Graduação em medicina da UFF, sob orientação do Prof. Dr. Antonio Barros Filho, 2002].

VIEIRA, Patrícia Rosa; RODRIGUES, Benedita Maria Rego Deusdará. **O adolescente em hemodiálise: um estudo fenomenológico à luz do cuidado ético de enfermagem**. Revista de enfermagem UERJ [online], set. 2007, vol.15, nº 3, [citado 30 de julho 2008], p.417-422. Disponível na <[HTTP://www.portalbvenf.eerp.usp/scielo.php](http://www.portalbvenf.eerp.usp/scielo.php)

WALDOW, Vera Regina. **O cuidado na saúde – as relações entre o eu e o outro cosmo**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

WHALEY, L.F.; WONG, D.L. **Essentials of pediatric nursing**. Tradução Enfª Drª Ivone E. Cabral. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A. 1999, p.981-997.

## **6 ANEXOS**

## 6.1 ANEXO I



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

Programa de Pós – Graduação em Enfermagem – Mestrado

TERMO DE CONSENTIMENTO

(Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Item IV)

Prezado Cliente,

Como pesquisadoras responsáveis pelo desenvolvimento da pesquisa denominada “REPERCUSSÕES DA VOLÊNCIA ENTRE PARES NA CRIANÇA COM LESÃO CORPORAL POR QUEIMADURA: AS IMPLICAÇÕES NO CUIDAR PELO ENFERMEIRO PEDIÁTRA.”, eu REGINA CELIA MARANHÃO VIEIRA E PROF<sup>a</sup>.NÉBIA M<sup>a</sup> ALMEIDA DE FIGUEIREDO, viemos através deste documento, consultá-lo sobre seu interesse (e de seus responsáveis), em participar da pesquisa que estamos desenvolvendo; e para isso cabe esclarecer que: trata-se de uma pesquisa que tem como principais objetivos: identificar, compreender os sentimentos das crianças que sofrem com a violência psicológica (*bullying*) e analisar a repercussão destes fatos em escolares de 6 a 10 anos, com lesões e que freqüentem o ambulatório do Centro de Tratamento de Queimados de Hospitais Públicos da cidade do Rio de Janeiro.

Ressalto tanto as crianças entrevistadas quanto aos seus responsáveis que; os princípios que serão aplicados a todos os participantes desta pesquisa são: 1. Sua participação voluntária (tanto da criança quanto de seus responsáveis). 2. Vocês poderão sair do estudo a qualquer momento que desejarem. 3. Depois da leitura das explicações, vocês poderão fazer qualquer pergunta necessária para o entendimento da pesquisa.

Procedimento a ser seguido: A coleta de dados será feita com a utilização de vídeo cassete, máquina fotográfica digital, filmadora, entrevista com algumas perguntas, necessária para a compreensão de nossa pesquisa. 4. Não serão identificadas as crianças e ou os responsáveis, tanto no questionário quanto nos recursos áudio – visuais. Logo os nomes serão fictícios(inventados) que utilizaremos como estratégia, além das imagens que serão

também colocadas tarjas pretas de forma que possa proteger nossos entrevistados. Ressaltamos ainda, que sua participação não trará qualquer prejuízo, gastos com dinheiro, ou ocupação de seu tempo fora do horário desta entrevista. Caso não queira responder ou participar desta entrevista, não haverá nenhuma punição, será assegurada que suas respostas e ou citações de terceiros NÃO SERÃO REPASSADOS TAIS INFORMAÇÕES, PARA AS PESSOAS QUE VENHAM SER CITADAS NESTES QUESTIONÁRIOS. Deixo disponível meus contatos: 8242-6277 / 2577-3412 ou e-mail: reginamaranhao08@gmail.com

Atesto o recebimento e entendimento deste Acordo constituído por um TERMO DE CONSENTIMENTO, e concordo em participar desta pesquisa.

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

---

PESQUISADORA

---

ENTREVISTADO

---

RESPONSÁVEL DA CRIANÇA

## 6.2 ANEXO II

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Identificação

Sexo ( ) F ( ) M

Idade : \_\_\_\_\_

Escolaridade:

Ensino fundamental ( ) ano

Religião: \_\_\_\_\_

Tem irmãos ( ) sim ( ) não ( ) quantos

Local da queimadura: \_\_\_\_\_

Tipo de queimadura: 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau ( )

Como você se queimou?

- ( ) acidente doméstico (em casa)
- ( ) brincando
- ( ) agressão (alguém tacou fogo ou óleo em você)
- ( ) não se lembra

II. Sobre a queimadura

Como você se sentiu quando se queimou?

- ( ) não lembra
- ( ) ficou com medo
- ( ) doeu muito

Como as outras crianças vêem sua cicatriz de queimadura?

- ( ) normal
- ( ) não olham
- ( ) acham engraçada
- ( ) me perguntam se doem e tocam nela

Depois da queimadura o que você gosta de fazer?

- sair p/ escola
- não sair p/ brincar
- sair p/ brincar
- ao sair p/ escola

Quando você olha o que você sente?

- medo
- vergonha
- não sente nada
- quer voltar ao que era

Depois da sua queimadura as pessoas?

- olham mais para você
- não olham para você
- falam alguma coisa e ficam admiradas
- Você não sabe

Elas (crianças) brincam com sua queimadura?

- a. sim
- b. não
- c. sempre
- d. as vezes
- e. nunca

Quem mais brinca com sua cicatriz:

- os meninos
- as meninas

Você já se sentiu isolado(a) ( sozinho(a) ) por causa de sua cicatriz de queimadura?

- sim
- não

Em caso afirmativo:

Em que local isto aconteceu?

- a. Na escola ( )
- b. No parque de diversões ( )
- c. Na pracinha ( )
- d. Nas festas de aniversário ( )
- e. No play do edifício ( )
- f. Em casa ( )
- g. No recreio da escola ( )
- h. Na Igreja ( )

III. Quando você está em casa o que você sente em relação a sua família?

- ( ) medo
- ( ) segurança
- ( ) indiferença (não ligam para você)

E na escola o que você sente em relação aos colegas?

- ( ) medo
- ( ) segurança
- ( ) indiferença (não ligam para você)

Você conta isso para alguém? Quem?

- ( ) sim \_\_\_\_\_
- ( ) não

Seus colegas chamam você?

- ( ) para estudar
- ( ) para brincar
- ( ) para passear
- ( ) não chamam
- ( ) não deixam eu ficar no grupo
- ( ) você nunca quer ir

Alguma vez você sentiu que eles olhavam para você?

- debochavam
- riam
- falam brincadeira
- colocam apelido

Se alguma vez um colega foi desagradável com você, como se sentiu?

- triste
- humilhado (a)
- insegura
- com medo
- infeliz

ME DIGA COM SUAS PALAVRAS, O QUE VOCÊ PENSA, sobre crianças que brincam com cicatrizes de outras crianças?

R: \_\_\_\_\_



MUITO OBRIGADO!!!!



# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)