

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE.

DALVA IRANY GRÜDTNER

*Violência Intrafamiliar contra a criança e o adolescente: reflexões sobre o
cuidado de enfermeiras*

Florianópolis, primavera de 2005.

DALVA IRANY GRÜDTNER

Violência Intrafamiliar contra a criança e o adolescente: reflexões sobre o cuidado de enfermeiras

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dr^a. Telma Elisa Carraro

Florianópolis, primavera de 2005.

G885v Grüdtner, Dalva Irany

Violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente: reflexões sobre o cuidado de enfermeiras / Dalva Irany Grüdtner; orientadora Telma Elisa Carraro. – Florianópolis, 2005.
208f.

Tese – (Doutorado) Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2005.

Inclui bibliografia

1. Violência familiar. 2. Crianças – Maus tratos. 3. Cuidados de Enfermagem. 4. Pessoal da área médica – Qualificação. I. Carraro, Telma Elisa. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU: 616-083

Catálogo na fonte por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071

DALVA IRANY GRÜDTNER*Violência Intrafamiliar contra a criança e o adolescente: reflexões sobre o cuidado de enfermeiras*

Esta tese foi aprovada em sua versão final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem para obtenção do título de Doutor em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Florianópolis, 30 de setembro de 2005

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA

Presidente-Dr^a. Telma Elisa Carraro

Membro- Dr^a. Maria de Lourdes de Souza

Membro-Dr^a. Climene Laura Camargo

Membro- Dr^a. Marta Lenise do Prado

Membro-Dr^a. Eda Schwartz

Suplente- Dr^a. Vera Radünz

Suplente- Dr^a. Adriana Dora da Fonseca

DEDICATÓRIA

Esta tese é dedicada a todas as enfermeiras que, utilizando a ciência e a arte da Enfermagem no cuidado a crianças e adolescentes que tiveram suas vidas prejudicadas pela violência intrafamiliar, empenham-se em ajudá-los a criar o amor!

AGRADECIMENTOS

Até a mais solitária responsabilidade pode ser mitigada pelo cuidado amoroso de outros, principalmente quando se é uma enfermeira.

A responsabilidade de cursar o doutorado é como empreender uma viagem a um lugar longínquo e desconhecido ainda para nós... que se inicia num pequeno barco, em um mar ora sereno, ora revolto... Tem-se um destino, mas, algumas tempestades terão que ser vencidas, até que possamos desfrutar e compartilhar a alegria das vitórias e da chegada.

Assim, muitas facetas compuseram meu dia a dia como viajora, por isso precisei de cuidado, muito cuidado durante essa venturosa travessia.

Houve momentos em que só o Criador pôde me sustentar. E à Sua maneira, Ele fez que em meio a dificuldades eu tirasse lições de sabedoria. Portanto, sou grata a Deus por Sua constante presença e auxílio durante todo o curso, razão maior de ter logrado chegar ao porto de destino. Houve outros momentos que Ele me ajudou através de colegas, de amigas e amigos, familiares e principalmente de professores.

Incontáveis pessoas foram envolvidas direta ou indiretamente para que este estudo chegasse à sua concretude. Por isso, neste momento gostaria de externar minha gratidão:

À minha família de origem, pela retaguarda que sempre me constituiu: uns torcendo, alguns sofrendo comigo, outros ainda sentindo mais o afastamento da enfermeira... e outros proporcionando momentos descontraídos, como os desenhos e as massagens da Bella, assim como as risadas com café nos fins de tarde de quinta-feira, com Carla;

Aos meus filhos, Dudu e Aldinha. Mesmo sabendo que esta viagem implicava numa ausência-presente, em estágio tão importante e único de suas vidas adolescentes, souberam compreender e transformar a experiência em estímulo para todos nós, pois ela configurou o próprio laboratório da criação do amor;

À Prof^a. Dr^a Tamara I. Cianciarullo, por sua presença no momento em que eu zarpava, iniciando esta longa viagem;

À Profª Drª Ingrid Elsen, por participar desta travessia e por tudo que aprendi, através dos desafios que me proporcionou;

À Profª Drª Telma Elisa Carraro, por sua pronta e cuidadosa acolhida, que firmemente recolocou-me no barco, por ocasião de um naufrágio, compreendendo minhas limitações e sabendo garimpar pepitas, onde eu considerava ser só um leito seco de rio;

Às Coordenadoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina, pela maneira cuidadosa, humana, competente e séria com que conduzem o curso;

Às Professoras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo empenho e compromisso com o avanço da Ciência e Arte da Enfermagem, a qual impacta tanto os profissionais, quanto os seres humanos cuidados;

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pela oportunidade de fazer o Doutorado num curso com tal renome;

Às Chefias e Sub-Chefias do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, cujo apoio possibilitou a realização do curso, enquanto exercia minhas atividades docentes, cuidando de minha pessoa, quando precisei;

Ao Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família – GAPEFAM – por ter contribuído para meu crescimento profissional nos onze anos em que dele participei, com um aprendizado que considero ter revertido num melhor cuidar aos clientes da Enfermagem;

Ao Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando, pela amorosa acolhida, onde também espero não apenas ampliar meu aprendizado de como cuidar amorosamente, mas também implementá-lo no meu cotidiano de pessoa, profissional e cidadã;

À Universidade Federal de Santa Catarina, por existir e cumprir sua missão de pesquisar, ensinar e partilhar com a comunidade;

Às colegas da 6ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem: Margareth, Eliane, Bettina, Angela, Sayonara, Ana Rosete, Ana Farias, Tony e Sonciarai. Serei sempre grata por empenharem-se em possibilitar, de alguma forma, chegar ao término desse meu trabalho;

Às colegas Margareth, Miriam, Angela, Lúcia e Betina Meirelles. Nosso esforço coletivo resultou na construção da “4ª fase nova”;

Às amigas: Coleta, principalmente pelo material precioso indicado e fornecido; Ana Izabel e Edilza, pelo convívio mais próximo durante esta viagem;

À Cláudia, Cida e D. Odete, pelo seu precioso serviço de apoio nas secretarias;

À bolsista Cristiane, pela inestimável ajuda nas minhas correrias e momentos de agitação;

Às queridas amigas Ieda e Beatriz, não só por seus valiosos socorros de bibliotecárias, mas também por suas caras amizades;

Às queridas colegas e amigas Sayonara, Ariane e ao Charles que, com amável sensibilidade e criatividade, dispuseram-se a tecer esta arte final;

Aos companheiros de viagem: Raul (in memoriam), Ana Izabel, Juliana, Teda, Bethe, Vera, Lúcia, Valéria, Maristela, Maira, Rose, Marineli, Adriana, Angélica, Edilza, Ana Zoe, Susana e Theo, pelos momentos compartilhados nesta significativa e marcante aventura de nossas vidas;

Às enfermeiras participantes deste estudo, que disponibilizaram as informações, mesmo que isso se configurasse num misto de padecer e partilhar suas angústias, ao relatarem o sofrimento de crianças e adolescentes que, em vez de serem amados em suas famílias, eram não só descuidados, mas, desvalorizados, isto é, desamados de diferentes formas;

Às próprias vítimas, cuja vivência, ao mesmo tempo em que deu visibilidade à sua condição, permitiu a construção deste conhecimento, o qual contribuirá para o cuidado amoroso de Enfermagem, como uma forma de também mitigar seu sofrimento;

À Marilene, Fred, Emílio e Odair, por terem sido uma mescla de amigos, conselheiros e profissionais, como “salvas vidas” quando, em alto mar, o barco virou ou “a corda do alpinista” quando, em terra, senti o chão faltar sob meus pés;

E finalmente:

À Banca Examinadora, que aceitou fazer o laborioso trabalho de apreciação da validade desta tese como uma contribuição para o cuidado amoroso de Enfermagem.

EPÍGRAFE

O sofrimento que surge na infância deixa seqüelas profundas e, limita o adulto que podemos chegar a ser. Uma criança maltratada é uma criança solitária, isolada que espera ajuda, espera que alguém intervenha para por fim aos seus sofrimentos.

Maria Inés Bringiotti (1999).

RESUMO

GRÜDTNER, Dalva Irany. **Violência Intrafamiliar contra a criança e o adolescente: reflexões sobre o cuidado de enfermeiras**. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. 208p. 2005.

Esta tese é resultado de um estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório, que teve por objetivo *Refletir sobre o cuidado das enfermeiras diante do fenômeno de violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente*, buscando saber se suas interações/ações são permeadas pelo cuidado amoroso. O referencial utilizado para sustentar o estudo constitui-se de uma tessitura literária sobre o Interacionismo Simbólico, a Violência, mais especificamente a Intrafamiliar, o Amor e o Cuidado. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas junto a 11 enfermeiras atuantes em serviços de saúde pública, hospitalares e em órgãos de proteção a esse segmento da sociedade. Tratando-se de uma investigação com seres humanos, o projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, e a identidade das enfermeiras participantes foi preservada sob codinomes de pássaros. As entrevistas foram gravadas, transcritas, sistematizadas e analisadas, seguindo o caminho da análise de dados qualitativos proposto por Minayo. Neste exercício analítico, os fios das falas das enfermeiras, ou seja, os dados, formaram uma trama composta por três grandes categorias: **Reconhecendo o Fenômeno e a Família, Interagindo/agindo Frente ao Fenômeno e Sentindo Frente ao Fenômeno**, as quais se desdobraram em subcategorias. Ao serem decompostos, compreendidos e interpretados, os fios das falas formaram uma tessitura mostrando que as enfermeiras cuidam frente ao fenômeno da violência intrafamiliar contra criança e adolescente, e que elas cuidam com amor. Este estudo apresenta como contribuições: a possibilidade de reconhecimentos e re-formulações, para as próprias enfermeiras do estudo, quanto à visão de que o amor está contido no cuidado de Enfermagem; seus resultados configuram um corpo de conhecimentos disponibilizado a outras tantas enfermeiras que, em seu dia-a-dia, se deparam com a real violência; podem também subsidiar o repensar das políticas públicas de saúde, quer seja no que concerne a prevenir o fenômeno, preservar e cuidar das vítimas, quer seja em promover a saúde; eles apontam a premência de que esta temática seja incluída nos currículos dos cursos, não apenas de Enfermagem, mas de todos aqueles cujos profissionais possam vir a atuar frente ao fenômeno da violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. Ao trazerem visibilidade ao cuidado amoroso diante desse fenômeno, os resultados da tese certamente trarão benefícios intangíveis para as próprias vítimas, suas famílias, profissionais e à sociedade em geral, a partir da visão de que o amor é componente indispensável ao viver humano. Enfim, esta pesquisa confirma a tese que a originou: **As enfermeiras cuidam diante do fenômeno de violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente**. Ela atingiu e superou seu objetivo inicial, chegando à configuração de um **Modelo Amoroso de Cuidar em Enfermagem**.

Palavras-Chave: Violência Intrafamiliar contra a Criança e o Adolescente; Enfermagem; Modelo de Cuidado; Cuidado Amoroso de Enfermagem.

ABSTRACT

GRÜDTNER, Dalva Irany.: **Intrafamiliar Violence Against Children and Adolescents: Reflections on the Care Provided by Nurses.** 2005. Thesis (Ph.D. in Nursing) –Post-Graduate Program of Registered Nursing at Universidade Federal de Santa Catarina. 208p. 2005.

This thesis results from a qualitative study, of an exploratory type, which had as objective *Reflecting about the care provided by nurses towards the Intrafamiliar Violence Against Children and Adolescents Phenomenon*, investigating whether its inter/actions are permeated by loving care. The referential used to sustain the study constitutes a literary texture about Symbolic Interactionism, Violence, Intrafamiliar more specifically, Loving and Caring. Data were collected through semi-structured interviews, with 11 nurses who act in health public and hospital services, and in protective agencies of this segment of society. Being an investigation with human beings, the project was examined and approved by the Ethics Committee of Federal University of Santa Catarina, and the participant nurses' identities were preserved, when they received birds code-names. The interviews were recorded, transcribed, systematized and analyzed following the qualitative data analysis way proposed by Minayo. In this analytic task the threads of the nurses' speech, that is, the data, formed a fabric composed by three big categories: ***Recognizing the Phenomenon and the Family; Inter/Acting towards the Phenomenon and Feeling towards the Phenomenon***, which developed into subcategories. By being decomposed, comprehended e interpreted the threads of speech formed a tissue showing that the nurses provide care towards the Intrafamiliar Violence against Children and Adolescents and, that they provide care with love. This study presents as contributions: the possibility for the nurses themselves of re-cognition and re-formulation, concerning the view in which love is included in the Nursing care; its results configure a corpus of knowledge available to other many nurses that face the real violence in their day by day; also, this study can subsidize the rethinking of health public politics, either by preventing the phenomenon, preserving and taking care of the victims, or by promoting health; they lead to the urgency of this issue to be included in the curriculum of not only Nursing the courses, but to all those whose professionals may act in the future towards the intrafamiliar violence against children and adolescents phenomenon; by bringing visibility to loving care towards this phenomenon, the thesis results will certainly bring intangible benefits to the victims themselves, their families, professionals and to society in general, from the point of view that love is a indispensable component to human living. At last, this research confirms the thesis that originated itself: ***The nurses provide care towards the intrafamiliar violence against children and adolescents phenomenon.*** Thus, it achieved and exceeded its initial objective, reaching the configuration of a **Nursing Loving Care Model**.

Key words: Intrafamiliar violence against children and adolescents; Nursing; Caring Model; Loving Care in Nursing.

RESUMEN

GRÜDTNER, Dalva Irany. **Violencia Intrafamiliar contra el niño y el adolescente: reflexiones sobre el cuidado de las enfermeras**. 2005. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Curso de Post-Grado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina. 208p. 2005.

Esta tesis es resultado de un estudio de naturaleza cualitativa, de tipo exploratorio que tuvo como objetivo *Reflexionar sobre el cuidado de las enfermeras frente al fenómeno de la violencia intrafamiliar contra el niño y el adolescente*, buscando saber si sus intracciones son orientadas por el cuidado amoroso. El referencial utilizado para sustentar el estudio se constituye de una mezcla literaria sobre el Interaccionismo Simbólico, la Violencia, específicamente la Intrafamiliar, el Amor y el Cuidado. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas junto a 11 enfermeras actuantes en los servicios de la salud pública, hospitalares y en organismos de protección para este segmento de la sociedad. Tratándose de una investigación con seres humanos, el proyecto fue apreciado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Santa Catarina, y la identidad de las enfermeras participantes fue preservada cuando la mismas recibieron codinombres de pájaros. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas, sistematizadas y analizadas siguiendo el camino del análisis de los datos cualitativos propuesto por Minayo. En este ejercicio analítico los cortes de los diálogos de las enfermeras, u sea los datos, formaron una red compuesta por tres grandes categorías: ***Reconociendo el Fenómeno y la Familia, Inter/Actuando Frente al Fenómeno y Sintiendo Frente al Fenómeno***, las cuales se

desdoblaron subcategorías. al ser estos decompuestos, comprendidos y interpretados los cortes de los diálogos formaron una mezcla demostrando que las enfermeras cuidan frente al fenómeno de la violencia intrafamiliar contra el niño y el adolescente, y que estas cuidan con amor. Este estudio presenta como contribuciones: la posibilidad de reconocimientos y reformulaciones, para las propias enfermeras del estudio, en cuanto a la visión de que el amor está contenido en el cuidado de la Enfermería; sus resultados configuran un cuerpo de conocimientos disponible para otras enfermeras que en su día a día se enfrentan con la real violencia; pueden también apoyar el repensar de las políticas públicas de la salud, ya sea con respecto a la prevención del fenómeno, preservar y cuidar de las víctimas, así como en los currículos de los cursos, no solo de Enfermería, sino de todos aquellos, en donde los profesionales puedan actuar frente al fenómeno de la violencia intrafamiliar contra el niño y el adolescente; al traer visibilidad al cuidado amoroso delante de este fenómeno, los resultados de la tesis ciertamente traerán beneficios intangibles para las propias víctimas, sus familias, profesionales y a la sociedad en general, a partir de la visión de que el amor es un componente indispensable al vivir humano. No obstante, ésta investigación confirma la tesis que la originó: Las enfermeras cuidan delante del fenómeno de la violencia intrafamiliar contra el niño y el adolescente. Alcanzó y superó su objetivo inicial, llegando a la configuración de un Modelo Amoroso de Cuidar en Enfermería.

Palabras Claves: Violencia Intrafamiliar contra al Niño y el Adolescente; Enfermería; Modelo de Cuidado; Cuidado Amoroso de Enfermería.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1- APROXIMANDO-SE DA TEMÁTICA | 15 |
| 2- RE-VISITANDO A VIOLÊNCIA NA HISTÓRIA | 23 |
| 2.1 MAS DE ONDE VEM TANTA VIOLÊNCIA?..... | 24 |
| 2.2 PARA ALÉM DO FENÔMENO: IMPACTO E MAGNITUDE | 27 |
| 2.3 CONCEITUANDO A VIOLÊNCIA | 29 |
| 2.4 CAUSAS DA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES | 31 |
| 2.5 MODELOS EXPLICATIVOS PARA A VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES | 35 |
| 2.5.1 <i>Violência Intrafamiliar Contra Criança e Adolescente</i> | 39 |
| 2.6 VIOLÊNCIA E SAÚDE..... | 40 |
| 2.6.1 <i>Equipe de Saúde e a Violência Intrafamiliar Contra Crianças e Adolescentes</i> | 41 |
| 2.6.2 <i>A Enfermagem e a Violência</i> | 45 |
| 2.6.3 <i>Conseqüências da Violência Intrafamiliar Contra Crianças e Adolescentes</i> | 50 |
| 2.6.4 <i>Prevenção da Violência Intrafamiliar Contra Criança e Adolescente</i> | 52 |
| 3- O CUIDADO DE ENFERMAGEM E O AMOR..... | 56 |
| 3.1 O CUIDADO DE ENFERMAGEM | 56 |
| 3.2 O AMOR E A ENFERMAGEM | 61 |
| 3.3 O CUIDADO AMOROSO DE ENFERMAGEM: UM BÁLSAMO PARA A CRIANÇA E O ADOLESCENTE QUE SOFREU VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR..... | 71 |
| 4- O INTERACIONISMO SIMBÓLICO CONDUZINDO A REFLEXÃO | 82 |
| 4.1 VISITANDO OS ANTECEDENTES HISTÓRICOS DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO | 82 |
| 4.2 RAÍZES DAS CONCEPÇÕES DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO | 86 |
| 4.3 O INTERACIONISMO SIMBÓLICO E A ENFERMAGEM..... | 89 |
| 5- TECENDO A METODOLOGIA | 92 |
| 5.2 AS PARTICIPANTES DO ESTUDO | 92 |
| 5.3 A COLETA E REGISTRO DOS DADOS..... | 94 |
| 5.4 A ÉTICA PERMEANDO O ESTUDO | 95 |
| 5.5 DECOMPONDO, COMPREENDENDO E INTERPRETANDO OS DADOS | 95 |
| 6- DOS FIOS DAS FALAS À TESSITURA DO CUIDADO..... | 99 |
| 6.1. RECONHECENDO O FENÔMENO E A FAMÍLIA..... | 100 |
| 6.1.1. <i>Definindo o Fenômeno da Violência Intrafamiliar</i> | 101 |
| 6.1.2 <i>Definido a Família que Vivencia o Fenômeno</i> | 120 |
| 6.2 INTERAGIR/AGINDO FRENTE AO FENÔMENO:..... | 130 |
| 6.2.1 <i>Cuidando Subjetivamente</i> | 131 |
| 6.2.2 <i>Cuidando Objetivamente</i> | 145 |
| 6.3 SENTINDO FRENTE AO FENÔMENO..... | 164 |
| 6.3.1 <i>Emoções</i> | 164 |
| 6.3.2 <i>Necessidade de Capacitação</i> | 176 |

| | |
|---|------------|
| 7- A CONFIGURAÇÃO DE UM MODELO AMOROSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM | 183 |
| 7.1 TECENDO ALGUMAS PONDERAÇÕES | 189 |
| EPÍLOGO | 193 |
| REFERÊNCIAS..... | 197 |
| APÊNDICE..... | 209 |

1- APROXIMANDO-SE DA TEMÁTICA

Embora existam relações violentas, o ser humano não foi criado para se relacionar vivendo, sofrendo ou suportando algum tipo de violência, mas sim para viver em paz, que é a consequência do amor.

Pensando assim, o ideal seria que todas as crianças e adolescentes tivessem a oportunidade de crescer e se desenvolver dentro de uma família saudável. Entendendo por família saudável aquela que valoriza a interação entre seus membros e fomenta neles o enfrentamento das crises, através do diálogo, e a construção de um sentido de vida, o qual os impelirá nos momentos propícios e nos de pressão, solidão e sofrimento (GRÜDTNER, 1997).

Lamentavelmente, porém, a idéia de que todas as famílias são competentes para criar esse ambiente amoroso e apropriado ao crescimento de seus membros, tem-se revelado ser apenas um mito – o mito da família perfeita, harmoniosa e isenta de conflitos.

Ao revisitar a história, encontramos que a violência intrafamiliar não é um fenômeno novo. Ele é encontrado nas relações entre os seres humanos, desde os primeiros registros dos vários povos. É caracterizado como um fenômeno universal e virulentamente "democrático", pois ocorre em qualquer classe social, etnia ou religião (AZEVEDO e GUERRA, 2001). O vocábulo "violência" denota uma relação de força entre desiguais que resulta na dominação e aniquilamento do mais fraco, por não ter condições de oferecer resistência (MINAYO, 2003). "A violência é um fenômeno histórico e social" que se inscreve nas relações (PRADO, 1998, p.114), desde as micro até as macro instâncias e, movendo-se num duplo sentido, atinge os membros da família.

Todavia, a proteção aos órfãos e das viúvas já era preocupação do rei Hamurabi, no século XVIII antes de Cristo. Os egípcios também manifestaram cuidado para com os mais fracos, com a justiça social e punição dos culpados. No

mundo dos gregos e romanos, alguns homens tinham a liberdade de participar na elaboração das leis, administração da justiça, nomeação e supervisão dos juízes. Esta liberdade, porém, não era extensiva às mulheres, estrangeiros e escravos, por não serem investidos do papel de cidadãos. O povo hebreu, por sua vez, defendia que os humildes e poderosos deveriam estar submetidos às mesmas leis. Nesse sentido, o surgimento do Cristianismo trouxe a idéia, nem sempre respeitada, de igualdade absoluta entre todos os homens (BRASIL, 2001a, p.8).

Por conta deste desrespeito, a humanidade atravessa a história da era cristã reivindicando os direitos humanos, donde emerge uma consciência cada vez maior de suas necessidades. Na Modernidade, com a Revolução Francesa, mudou-se a idéia de direitos concedidos por Deus “para um conceito de direitos humanos como aqueles que devem ser garantidos e respeitados pelo Estado” (BRASIL, 2001a, p.8).

Passados 159 anos deste novo modo de pensar sobre direitos humanos, só após a II Guerra Mundial, que vitimou milhares de civis indefesos, foi que dirigentes de 148 países, membros da Organização das Nações Unidas (ONU), se reuniram para elaborar um pacto, denominado Declaração Universal dos Direitos Humanos. Tal documento tem seus 30 artigos perpassados pela garantia do direito à vida, à liberdade, à dignidade, proteção e segurança (BRASIL, 2001a, p.8).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos vem pôr em destaque, portanto, que um ato de violação de direito é um ato de violência. Assim, a violência configura-se num fenômeno complexo, causado e agravado pela convergência de múltiplos aspectos, como o político, econômico e social, produzindo diferentes manifestações destrutivas para as vítimas, independente da idade, etnia, cor, religião ou gênero.

A infância é uma das fases da vida em que ocorre as maiores modificações físicas e psicológicas, as quais precisam ser acompanhadas, a fim de promover e manter a saúde, bem como a intervenção sobre fatores capazes de comprometê-la. Assim, também, a adolescência é um processo que se caracteriza pelo desenvolvimento biopsicossocial e espiritual, levando o adolescente a vivenciar várias transformações no corpo, nas relações com os pais, com os outros adolescentes, com os adultos e na forma de encarar o futuro. Essas mudanças, por si só, constituem uma carga bastante difícil de ser administrada por ele, tornando-o

vulnerável a muitas situações indesejáveis. Dessa forma, se crescer e adolecer, por um lado, representa a ampliação dos horizontes, por outro pode configurar-se um período de grandes incertezas e pressões. Transpor esse período com apoio de pais adultos, responsáveis e amorosos já é tarefa árdua, quanto mais difícil, sofrido, caótico e perigoso não será, para certas crianças e jovens, viver esse processo acrescido da condição de vítima de violência intrafamiliar?

Sendo o amor um elemento essencial para o crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes, a fim de tornarem-se adultos saudáveis, seguros responsáveis, não só uma relação de abuso, mas a ausência deste amor destroem a possibilidade deste desenvolvimento, por agredirem a dignidade das vítimas, minando sua auto-estima, criando nelas a incapacidade de confiar no outro e, por conseguinte, de amar, serem amadas e se relacionarem de forma saudável, também.

Chapman e Campbell (1999, p.13) salientam que, preocupada com o desamor vigente, a sociedade está ocupada em educar uma geração que saiba amar. O objetivo dessa educação é tornar as crianças e adolescentes cidadãos adultos maduros e responsáveis, já que “o amor é o alicerce sobre o qual uma criança segura irá se tornar uma pessoa adulta amorosa e generosa”.

As crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar são seres em desenvolvimento que, ao invés de habitarem um ambiente adequado, são expropriados de seus mais básicos direitos: a vida, liberdade, amor, dignidade, saúde e segurança; são privados, portanto, de uma formação que lhes possa assegurar uma vida adulta saudável.

Segundo o Ministério da Saúde, as agressões dentro de casa constituem a principal causa de morte em crianças e adolescentes. A Unicef estima que, diariamente, 18 mil crianças e adolescentes sejam espancados no Brasil (BALLONE e ORTOLANI, 2003). Deslandes (1994a; 1999) afirma que a violência na família tem sido responsável por uma demanda crescente de atendimentos nos serviços de saúde (Unidades Locais de Saúde e Emergências), constituindo um grande desafio para o setor.

O Programa Sentinela é uma iniciativa do Governo Federal, implantado em 2001, para o combate à violência e exploração sexual de crianças e adolescentes.

Ao apresentar, no ano de 2003, o relatório de sua atuação, mostra alguns números referentes ao fenômeno. Apesar de ser um projeto voltado à violência sexual contra esse segmento da sociedade, é importante marcar que a violência intrafamiliar, em geral, não vitimiza sob um ângulo apenas. Por exemplo, a violência sexual é acompanhada de grande carga de violência psicológica, assim como física e de negligência também, de maneira que, ao contabilizar os casos de violência sexual, o programa computou também a ocorrência dos outros tipos (BRASIL, 2004).

Presente em 331 municípios, dos 5.561 existentes no Brasil, o Sentinela abrange hoje somente 5,95% do seu total. Desses 5,95% dos municípios do País, o programa, no ano de 2003, contabilizou 19.245 atendimentos de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Do total de atendimentos, 9.255 registros se referem a casos de violência sexual e os demais 9.990 representam os outros tipos desse flagelo, pulverizados por todas as regiões do território brasileiro, naquele ano (BRASIL, 2004).

Embora seja ínfimo o número de municípios atendidos pelo projeto do governo, é significativo, porém, o número de vidas prejudicadas. Ballone e Ortolani (2003) destacam as conseqüências da violência intrafamiliar sob dois aspectos: o primeiro é o sofrimento indescritível que imputa às suas vítimas, muitas vezes silenciosas, e o segundo o poder para influenciar negativamente seu desenvolvimento físico e mental, bem como emocional e cognitivo, com manifestações a curto, médio e longo prazo.

Estudiosos do fenômeno da violência, como Minayo (2003) e Deslandes (1999), têm defendido uma abordagem mais abrangente, incluindo os profissionais de saúde, para olharem corajosamente e compreenderem-no, utilizando modelos teóricos multicausais, em que fatores políticos, econômicos, sociais, ecológicos, culturais e históricos se inter-relacionem, para uma atuação interdisciplinar e articulada entre serviços e instituições.

O desconhecimento da complexidade do fenômeno representa riscos adicionais para as vítimas, razão pela qual o atendimento não pode ser solitário. Ele requer a articulação dos profissionais de vários setores, a fim de que a atuação seja sintonizada, visando apreender o fenômeno na sua totalidade, o que significa o

tratamento da vítima, o acompanhamento de sua família, assim como a responsabilização do agressor.

Dados de estudos norte americanos mostram que, das mortes ocorridas, em consequência da violência dentro de casa e perpetrada por algum membro da família, em 46% dos casos já se havia procurado ajuda dos serviços de proteção (AZEVEDO e GUERRA, 2001). Portanto, é necessário tomarmos uma posição firme, honesta, mas solidária e amorosa, diante de crianças e adolescentes que sofrem esse flagelo, pois ele pode ser fatal (AZEVEDO e GUERRA, 2001).

Se a origem da violência intrafamiliar pode estar relacionada com a perturbação na capacidade dos pais para amar, e se amar se aprende, a Enfermagem, sendo uma prática social cuja essência é o cuidado, necessita reconhecer o amor como elemento constituinte do cuidado às vítimas desta espécie de violência, inclusive na sua prevenção.

Nas famílias em que há violência, as pessoas diretamente responsáveis pelo suprimento de amor estão causando um triplo dano às vítimas: a própria ausência do amor; a violência em si e a ausência do amor curador, com o qual a vítima não pode contar em uma família em situação de violência. Dessa forma, as vítimas não podem contar com as primeiras pessoas que deveriam não só protegê-las, mas amá-las incondicionalmente. Segundo Gratch (2001), o amor dos pais, do filho, do amigo são todos amores curativos. Sob esta ótica, estou propondo incluir o amor profissional, pois acredito que o amor da enfermeira ajudará a vítima a recuperar o amor com relação a si própria, a renovar a esperança, retomar o autogoverno para resgatar sua dignidade e sentido de vida.

Embora sempre tenha acreditado que o ser humano sob os cuidados da Enfermagem devesse ter sua sensibilidade e subjetividade consideradas, não compreendia isso como elemento vital para o estabelecimento de interações salutaras entre as pessoas em todos os contextos. A dimensão universal da necessidade de amar, assim como de ser amado, do ser humano, tem-se tornado mais clara nesses últimos tempos, à medida que os inventos humanos escancaram mais a sua própria fragilidade.

Baseada na premissa de que o amor é componente essencial para a vida, penso que o cuidado amoroso é o ponto de partida para a prevenção, a reparação

dos danos, o tratamento e a cura das feridas visíveis, assim como das invisíveis, em crianças e adolescentes vítimas de violência na família, já que ele é uma força produtiva e criadora. Penso também que seja o ponto de chegada. Esta é a razão porque entendo que a vítima, ao ser cuidada por uma profissional movida por um referencial que inclui o amor no seu “ser enfermeira”, estará recebendo um cuidado amoroso de Enfermagem, o qual propiciará também o conforto e alívio necessários neste momento doloroso. O resgate de sua dignidade, liberdade e a busca de uma vida plena poderão ser desencadeados ao ser cuidada com o amor do tipo ágape², que é aquele que acolhe, valoriza, interage, protege, respeita, sem ser possessivo nem tampouco opressivo.

Incorporar o amor como componente do cuidado de Enfermagem é convertê-lo em cuidado humanizado, não significando, contudo, deixar de lado o científico, o instrumental, o técnico, nem tampouco endurecer ou enfraquecer o amor. Antes, este cuidado amoroso será um cuidado poderoso, em tempos cada vez mais difíceis para a humanidade, agravados pelas metamorfoses da violência.

Neste sentido, Valverde (1997, p.60) ressalta que:

A humanização da Enfermagem depende da maneira de relacionar-se, comunicar-se interpessoalmente, partindo de si para com os clientes de uma forma tal que o cliente sinta o calor humano e a aceitação se manifeste através do sentir-se bem cuidado.

Nós da Enfermagem, no exercício de nossa profissão, ao longo do processo de desenvolvimento humano, temos estado junto de pessoas e famílias nos mais diferentes processos de transição em suas existências, em tempos de paz e em tempos de guerra, ao longo do ciclo vital e familiar, na interface com a saúde e a doença, e do nascimento à morte. Dessa maneira, a violência se presentifica também no cotidiano da Enfermagem.

² Quinto e último significado da palavra amor na língua grega, Ágape. É o amor totalmente desprendido que tem a capacidade de dar e continuar dando sem esperar retorno ou reciprocidade. Ágape valoriza, serve, favorece, é praticado de modo voluntário, sem depender de sentimento. É um amor de ação e não de emoção. Ele se concentra no que faz e não no que sente. Ágape é um amor inteligente e hábil que se ocupa sempre em fazer o que é melhor para o ente amado. Ele ama, sem levar nada em conta. Por menos digno de amor que a outra pessoa parece ser, Ágape pode continuar fluindo. O amor Ágape é incondicional, é uma atitude mental baseada numa opção voluntária da vontade, sem esperar a reciprocidade, nem temer a indiferença ou rejeição (WHEAT, 1999; COVEY, 1998).

A violência intrafamiliar contra criança e adolescente é um fenômeno que tem encontrado relutância em ser enfrentado por todos. Quando a progressão da violência que vem acontecendo silenciosamente dentro do “lar” atinge um nível em que seus efeitos necessitam de atendimento de profissionais de saúde, é a Enfermagem que, em geral, recebe suas vítimas. Sendo o atendimento prestado por alguém indiferente a defesa de um ser em desenvolvimento que vem sendo submetido à vitimização dentro de sua própria família, este alguém o está condenando a continuar sofrendo um processo que é progressivo e, por vezes, só termina com a morte da criança ou do adolescente. Além disso, ainda pode estar revitimizando-a, ao não garantir seus direitos, previstos em lei de segurança, proteção e prioridade de atendimento, e por não se responsabilizar pela preservação de sua vida.

Essa atitude de indiferença ou desamor precisa ser substituída por uma de abordagem interdisciplinar, tanto no domínio de conhecimento quanto na prática do cuidar. O cuidado requerido por essas pessoas é de âmbito multiprofissional. Todavia, as enfermeiras podem desconhecer que: levantar os primeiros indícios, inter/agir com estas pessoas, contatar os serviços de proteção e de defesa, encaminhar a vítima a esses serviços, constituem ações de cuidado valiosas a elas.

Sendo a Enfermagem, hoje, disciplina que tem uma prática social, ela precisa engajar-se na temática, a fim de preservar o precioso capital social, os seres humanos, adultos de amanhã. As enfermeiras precisam se perceber como agentes integrantes do sistema atuante de cuidado às vítimas dessa cruel realidade, prestando um cuidado amoroso como legítima ação de Enfermagem. A incumbência só é possível, porém, através da interação entre o domínio de conhecimento sobre o fenômeno e sua complexidade, com ações cuidativas apropriadas.

Pensando na problemática aqui exposta e no futuro das vítimas de violência intrafamiliar, parto da premissa de que *As enfermeiras cuidam das crianças e adolescentes vítimas do fenômeno da violência intrafamiliar*. Para confirmá-la, ou refutá-la, projetei esta pesquisa, norteadas pelas seguintes indagações: *Como se configura o cuidado das enfermeiras diante do fenômeno de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes? São suas inter/ações permeadas pelo cuidado amoroso?*

Para tanto, estabeleci como objetivo: *Refletir sobre o cuidado de enfermeiras diante do fenômeno de violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente.*

2- RE-VISITANDO A VIOLÊNCIA NA HISTÓRIA

Penso que toda pessoa tem um conceito de violência, contudo, nenhum deles deve conter elementos que transmitam suavidade, acolhimento, segurança ou encorajamento. Dessa maneira julgo necessário lançar um olhar à violência em seu âmbito macro antes de se voltar para violência intrafamiliar.

Embora só nos últimos tempos estejamos assombrados com a(s) violência(s) que ronda(m) o nosso cotidiano, ao revisitar a história em diferentes campos do conhecimento, percebe-se que a violência sempre esteve presente, mesmo que em diferentes tons. Onde se encontra o ser humano, depara-se com a violência a despeito das convenções sociais. A filosofia na Grécia Antiga, uma das primeiras áreas a registrar pensamentos sobre a civilização, utiliza a mitologia para explicar os conflitos entre as pessoas, tribos e nações. Ela vê o “perpétuo confronto dos contrários necessário à mobilidade da natureza” (MICHAUD, 1989, p. 102).

Ao refletir sobre o nascimento da civilização ocidental, percebe-se que ele irrompeu num momento em que os seres humanos tomavam consciência de si (VOLPE e LAPORTE, 2000). Parece, então, que esta consciência fez emergir a percepção de que o modo de vida daqueles seres humanos impingia desigualdade, dominação, insegurança e ameaças constantes, de uns para com os outros, despontando assim a concepção de violência que os levou a repensar o modo de conviver.

Reconhecendo como inapropriado o uso da força para fazer prevalecer sua opinião, filósofos como Platão e Sócrates procuravam persuadir seus opositores através da retórica – os sofistas, homens “de aparência benigna” – mas, que encobriam uma prática violenta (MICHAUD, 1989, p. 102).

Aristóteles concebia violência como um ato não natural, de corpo ou de grupos (ABBAGNANO, 2000). Se estendermos este conceito aos atos humanos não naturais, presentes nas relações interpessoais de hoje, expostas às mais diversas motivações no cotidiano das pessoas, identificaremos violência sob esta ótica e, sob

muitas outras manifestações, sem que necessariamente movimentos específicos precisem estar presentes.

Odalía (1985, p.13) enfatiza: “viver em sociedade foi sempre um viver violento”. Arendt por sua vez alerta: “a prática da violência, como toda a ação, muda o mundo, mas a mudança mais provável é para um mundo mais violento” (1994 p.58). Dessa forma, do tacape à bomba atômica, o homem apenas aperfeiçoou seus instrumentos para a prática da violência, a ponto de hoje não precisar mais da proximidade física para combater o inimigo (OSÓRIO, 1999).

Um fenômeno que degrada a condição humana, como a violência, tem ocupado estudiosos que, por vezes isoladamente, têm tentado compreendê-la, para debelar esta força destrutiva da humanidade, como assim declara Soares (2003, p. 9):

As obras dedicadas à vasta e complexa problemática da violência tematizam seu objeto por ângulos distintos: ora privilegiando a reflexão teórico-conceitual; ora focalizando aspectos metodológicos, segundo perspectivas qualitativas ou quantitativas; ora circunscrevendo-o historicamente e elaborando-o política, cultural e socialmente; ora recortando-o por um prisma naturalista, biológico; ora abordando-o sob uma ótica psicológica; ora submetendo-o à disciplina do direito; ora tratando-o segundo viés filosófico; ora dedicando-se a descrever, classificar e comparar suas manifestações e seus efeitos; ora concebendo, propondo, ou relatando experiências de políticas públicas destinadas a controlar sua incidência. Raras, raríssimas são aquelas que compreendem a multi-dimensionalidade do objeto, em um único movimento hermenêutico-cognitivo de apreensão, amparado simultaneamente na densidade de estudos especializados e na ousadia transversal de pesquisas transdisciplinares.

Tal declaração aponta para uma ampla e fugidia envergadura do fenômeno, que em parte explica porque importantes aspectos, como prevenção e reabilitação, ainda escapam à possibilidade de apreensão para o controle das suas conseqüências.

2.1 Mas de Onde Vem Tanta Violência?

Ao pensar sobre violência, pode-se ter a imagem mental de extensos tentáculos estendidos sobre a humanidade, ao longo dos tempos. Ajustando as lentes da realidade sobre o fenômeno no passado, todavia, sem a pretensão de

esgotar o assunto, apresento aqui a visão de alguns filósofos e teóricos que abordaram o tema.

Engels – Vivendo numa sociedade próspera européia escreve, sua *Teoria da Violência* em 1876. Ele discorre sobre a violência política representada pelo domínio do homem pelo homem. Sem ter explicações para a origem das classes, defende que a propriedade privada não surge na história como fruto de roubo e da violência, ela já existia nas comunas primitivas, na origem de todos os povos civilizados. Porém, a desigualdade, resultante da desproporção entre produção e o consumo de seus produtores, é que caracteriza uma das formas de violência. Assim, para Engels, a violência está condicionada à situação econômica. Mas ela não cria dinheiro, apenas arrebatava o que já foi criado para suplantar a concorrência, utiliza a inteligência e a força do ser humano na guerra, buscando o progresso às custas de quem cria a melhor técnica. Configurando-se como violência usar o ser humano para fins de exploração, desconsiderando a sua vontade, dignidade e vida (BRAZ, 2004).

Sorel – Este filósofo e teórico francês, por volta do ano de 1908 se ocupa do tema violência como objeto de discussão, reflexão e pesquisa. Ele acreditava que a força da insurreição do proletariado era o maior meio para combater o poder burguês. Via a violência proletária como necessária para deter a decadência burguesa. Não para tomar o seu lugar, mas para que o proletariado se realizasse, fosse valorizado, adquirisse uma identidade e tivesse definida sua especificidade. A violência proletária pregada por ele representava uma luta de classes que não visava as pessoas, apenas almejava fazer distinção entre as classes. Desta maneira, Sorel acreditava que o movimento revolucionário poderia ser conduzido de forma não violenta (SOREL, 1992). Considerava, portanto, tratar-se de uma violência purificadora para a libertação do proletariado, que “apenas busca a afirmação da existência do trabalhador, um produtor livre” (MICHAUD, 1989, p. 105). Entretanto, ele não pensou que suas idéias teriam o alcance que tiveram.

Hannah Arendt – Filósofa e cientista política de descendência judaica e naturalidade americana, após ter nascido e vivido na Alemanha, mais próxima de nossos dias, faz algumas reflexões sobre a violência, tomando como ponto de

partida as guerras ocorridas no início do século XX, bem como as manifestações dos estudantes na década de 60 do mesmo século. Herdeiros de uma reação contra toda forma de violência, os manifestantes adotaram uma política de não violência através da resistência, e com coragem confiavam em mudanças. Eles rebelaram-se contra a universidade, ao entenderem que ela estava se prestando a pesquisas para incrementar um progresso, o qual poderia levar à destruição do mundo (ARENDDT, 1994).

A filósofa identifica uma certa relutância em se tratar a violência como um fenômeno em si mesmo. Não aceita plenamente as razões de eminentes cientistas (biólogos, filósofos, etnólogos e zoólogos). Afirma que todos os cientistas tendem a tratar a violência como natural. Para a teoria dos instintos, a agressividade não seria violência, porque não houve provocação, e sim uma reação “natural”. Assevera que os cientistas foram longe, ao quererem provar que o homem só é diferente dos demais animais pela razão. Então, é exatamente este dom que torna-o uma fera mais perigosa. E com a geração de tecnologias, produto da atividade mental – a razão, o homem age novamente baseado em padrões de comportamento de outras espécies animais, não mais só pela razão. Ele age irracionalmente “como fera se recusando a ouvir os cientistas ou ignora as suas últimas descobertas” (ARENDDT, 1994, p. 47). Diante destas teorizações, ela argumenta que a violência não é nem bestial nem irracional. Sua posição é favorável ao combate à violência por meios não violentos, mas de resistência à opressão.

Minayo – Percebendo a necessidade de aprofundar a compreensão do tema, esta cientista social, juntamente com seus colaboradores, no Brasil dos últimos anos da década de 1980, funda o Centro Latino Americano de Estudos sobre Violência e Saúde o (CLAVES), tornando-se referência na área. Esta autora enfatiza que, no início daquela década, Domenach levantou a bandeira da percepção negativa e condenatória das várias formas de violência, como um passo positivo para a humanidade. Acentuando que foi o progresso do espírito democrático que deu origem ao conceito moderno de violência, dentro de sua conotação negativa, marcando a emersão da consciência da pessoa como “cidadã” e o reconhecimento de seu direito à liberdade e à felicidade pela sociedade. Isso trouxe a visibilidade de

que o emprego ilegítimo da força física, moral, política ou econômica contra a vontade do outro se constitui nas violências que, ao longo da vida sobre a terra, têm se manifestado (MINAYO, 2003).

Assim, à medida que se amplia o horizonte da compreensão das formas do ser humano relacionar-se através da violência, mais se amplia também o número de explicações para o fenômeno. Tal compreensão deixa a humanidade ainda mais perplexa, conforme enfatiza Arendt (1994), ao referir que o problema está em que o homem pode trapacear, mesmo quando a ciência é chamada para curar-nos dos efeitos colaterais da razão.

2.2 Para Além do Fenômeno: Impacto e Magnitude

Embora a violência seja um fenômeno que tenha sempre feito parte da experiência humana, a cada ano seu impacto é sentido por milhões de pessoas, com altos custos na forma de sofrimento, dor, mortes, além das perdas materiais. Por isso, desde os anos 80 do último século, trabalhadores da saúde pública, pesquisadores e os próprios sistemas de saúde têm investido esforços e recursos, tentando compreender as raízes da violência e controlar suas conseqüências (OMS, 2002).

Em 1996, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu uma tipologia deste fenômeno e reconheceu três grandes categorias referentes a quem comete atos violentos de maneira geral, a saber:

1. Auto-infligida – suicídio, auto-abuso;
2. Interpessoal – familiar, parceiros íntimos, entre indivíduos da comunidade, juvenil, na escola e estupro por estranhos;
3. Coletiva – cometida por grupos maiores de indivíduos ou por estados e nações para ganhar, romper, perturbar atividades econômicas, entre outras (OMS, 2002).

Na Assembléia de 1996, a OMS declara a violência como o maior e mais crescente problema de saúde pública e lança a Resolução 49.25, contendo propostas que visam reduzir o impacto e prevenir a violência ao redor do mundo (OMS, 2002).

Inserido neste movimento global, o Brasil, no ano de 1998, iniciou, através do Ministério da Justiça, a implementação do Programa Nacional dos Direitos Humanos, com a Campanha “Não à Violência, um Direito Nosso”, distribuindo material e promovendo interlocuções entre os órgãos responsáveis, organizações não governamentais (ONGs), universidades e sociedade civil, para despertar a consciência de que a responsabilidade de proteger a humanidade e prevenir este mal é de todos.

A lentidão em reconhecer o problema, a utilização de diferentes definições sobre o fenômeno pelas instituições e pesquisadores, a diversidade das fontes de informação, a inexistência de inquéritos populacionais nacionais e a dificuldade de captar seus efeitos pelos profissionais são alguns dos fatores que dificultam estimativas mais acuradas. Dessa maneira, no Brasil, como em outros países, a magnitude da violência ainda não pode ser dimensionada, inclusive a da violência intrafamiliar.

Goes alerta que os dados epidemiológicos não são confiáveis. Ressalta que, segundo estimativas, para cada caso notificado, dez não o são. Por essa razão, ele relembra o compromisso dos profissionais da saúde diante de qualquer suspeita de vitimização. O Estatuto da Criança e do Adolescente, o Código de Ética Médica e o Código Civil exigem que se denuncie ao Conselho Tutelar suspeitas ou casos concretos de violência intrafamiliar contra criança ou adolescente (2002, p.2).

Em nível nacional, foi somente no início da última década do século passado, com a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que esse segmento da sociedade passou a ser juridicamente considerado “sujeito de direitos, e não mais menores incapazes, objetos de tutela, de obediência e submissão”, representando relevante avanço na conquista dos direitos humanos. Tal avanço resulta na construção de uma nova cultura das relações adulto-jovens, baseadas no afeto, proteção e socialização. Assim, essa nova cultura implica também em denúncia e responsabilização dos violadores desses direitos (BRASIL, 2004, p. 67).

Apenas recentemente o Brasil dispõe de alguns dados reunidos pelo Programa Sentinela. Este é um programa concebido pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, mas atualmente está sob a responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Ele constitui um esforço do governo

federal para enfrentar a questão do abuso e exploração sexuais de crianças e adolescentes, através da política social. Tendo iniciado suas atividades em 2001, atualmente existem apenas 5,95% dos municípios do país – 331 municípios – conveniados com o Programa Sentinela. Embora este programa seja direcionado às vítimas de violência sexual, acabou atendendo os outros tipos, por que, em geral, um tipo de violência não acontece isoladamente, ele se faz acompanhar de outro ou outros tipos também. Por exemplo, a violência sexual sempre impõe à vítima a violência psicológica, paralelamente. Através de uma pesquisa postal, verificou-se que, no ano de 2003, o Programa Sentinela atendeu 19.245 casos de violência. Todavia, deste total, 9.990 casos eram de outros tipos de violência na família contra criança e adolescente e, somente os outros 9255 eram especificamente de violência sexual (BRASIL, 2004, p.51).

2.3 Conceituando a Violência

A palavra “violência” deriva da raiz latina “viz”, que significa força, força esta que pode se manifestar sob múltiplos sentidos (PINHEIRO e ALMEIDA, 2003), os quais requerem um olhar abrangente para as diferentes formas de conceber o fenômeno, a fim de ensaiar uma aproximação da realidade.

A OMS (2002) conceitua violência como:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou potencial, contra si próprio, contra outras pessoas ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade em resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

De distintas naturezas e manifestações (PRADO, 1998), assim como os perpetradores podem ser variados, a violência tem como seu alvo sempre um ser humano ultrajado naquilo que tem de mais valioso: sua vida, saúde, dignidade e liberdade.

Segundo a OMS (2002), não há um simples fator que explique porque alguns indivíduos se comportam violentamente para com outros, ou porque a violência é mais prevalente em algumas comunidades que outras. Violência é o resultado de um complexo inter-relacionamento de fatores individuais, sociais, culturais e ambientais.

Esta organização internacional propõe um modelo que engloba a relação entre elementos individuais e contextuais, considerando a violência como produto de múltiplos fatores que influenciam o comportamento violento, desmembrando-o em quatro níveis apresentados a seguir:

Individual – O primeiro nível procura identificar na história pessoal e biológica fatores que o indivíduo “traz” para seu comportamento. Além disso, fatores biológicos e demográficos, tais como a impulsividade, baixa escolaridade, abuso de substâncias e história anterior de agressão e abuso são considerados. Em síntese, este modelo focaliza as características do indivíduo que aumentam a probabilidade dele ser uma vítima ou um perpetrador de violência.

Relacional – Este nível trata das relações mais próximas, por exemplo, entre companheiros, parceiros íntimos e membros da família, como potencializadoras, as relações de risco de vitimização e perpetração da violência. Por exemplo, interagir numa base cotidiana, ou compartilhar um mesmo domicílio com um abusador pode aumentar a oportunidade de encontros violentos, porque ambos estão ligados numa relação continuada, com probabilidade de se repetir a violência. No caso da violência juvenil, estudos demonstram que é mais provável engajar-se em atividades negativas, quando aprovadas e encorajadas pelas companhias.

Comunidade – O terceiro nível examina contextos comunitários como escola, ambiente de trabalho, vizinhanças, e procura identificar as características desses contextos que estão associados com o ser vítima ou perpetrador. Um alto nível de mobilidade residencial, heterogeneidade da população com pouca coesão social, unindo comunidade e alta densidade, são todos exemplos de características que têm sido associadas à violência. Assim também comunidades caracterizadas por problemas como tráfico de drogas, altos níveis de desemprego ou isolamento social possuem maior possibilidade de experimentar violência.

Societal – Neste nível são examinados fatores da sociedade que influenciam as taxas de violência. Incluem-se aqui fatores que criam um clima aceitável para o fenômeno, aqueles que reduzem inibições contra a violência e aqueles que criam e

sustentam vazios entre diferentes grupos ou países. Esses fatores incluem normas culturais que apóiam a violência como um meio aceitável de resolver conflitos.

Embora se tente classificar as diferentes manifestações da violência para vislumbrar formas de se controlar o fenômeno, segundo Santos (2002, p.22), estamos diante de uma nova ordem social, alimentada pelas lutas contra a violência mas, que resultam em fraturas do social.

2.4 Causas da Violência Intrafamiliar Contra Crianças e Adolescentes

As descobertas do papel do afeto por Rosseau, no século XVIII, deram início à divulgação da sua importância para a formação da personalidade da criança. Todavia, à medida que se conhece sua forte influência na vida dos infantes como lastro para todas as suas relações, mudanças no modo de vida das pessoas acontecem, dificultando a implementação de ações para o desenvolvimento do vínculo entre mãe e filho (BRINGIOTTI, 1999).

Spitz (1983) lembra que, no decurso dos três últimos séculos, a sociedade ocidental passou por mudanças fundamentais, iniciadas com o advento da industrialização da produção. Na esteira de mudanças no modelo econômico, transformações ideológicas e tecnológicas foram impostas arbitrariamente em outras áreas do viver humano, as quais repercutiram na relação mãe-filho. A mulher-mãe foi recrutada para o trabalho nas fábricas, sendo afastada da família e de suas atividades domésticas. Acreditam esse e outros estudiosos que a saída da mulher, de casa para o trabalho, seja a gênese da violência contra a criança e o adolescente.

Pessanha (2002) explica que a mente da criança que não pode contar com as medidas e recursos de uma mulher-mãe devotada e acolhedora através do amor e carinho, lança mão dos mecanismos de defesa, passando ao outro as sensações desagradáveis do seu mundo interior. Essa busca da defesa pode ser a origem de muitos atos violentos.

Para Bezerra (2002), quando os pais são negligentes ou abandonadores, a criança é obrigada a lidar sozinha com os medos e as angústias do drama fetal. E isso reforça a crença de que o mundo é um lugar perigoso e não-confiável. Maus

tratos, punições, abandonos, abusos de todos os tipos levam os indivíduos a carregarem um ódio mortal e permanente, desejando descarregá-lo em alguém, em algum inimigo. O inimigo, o terrorista, encontra-se no interior de cada um, e ele pode ser o parente próximo.

À pergunta: “Porque são os jovens particularmente suscetíveis à onda de violência no mundo contemporâneo?” Osório (1999) argumenta que o adolescente tende à impulsividade por conta da vitalidade e energia física disponíveis e da tentativa de organizar o estado confusional a que a crise de identidade, inerente ao processo puberal, muitas vezes o leva. O autor apresenta o protótipo de jovem que a sociedade lhe oferece nos dias de hoje:

o do caráter frio, racional, egocêntrico, não afetivo, voltado para o culto do transitório ou efêmero e para a busca obsessiva do “status” material, utilizando-se de fontes de prazer evasivos e alienantes, evitando fragilizar-se em relações afetivas que visem tão-somente privilegiar o convívio. A ética que o mundo moderno transmite aos jovens não é uma ética de reflexão alicerçada na responsabilidade e sim na ação inspirada no oportunismo, onde meios e fins estão confundidos e onde a violência encontra seu “habitat” ideal (OSÓRIO, 1999, p.530).

Evidenciando a concorrência de múltiplos fatores para a violência intrafamiliar, Charon (2002) aponta o poder existente nas relações sociais como um deles. Volpe e Laporte (2000) ilustram essa situação, ao afirmarem que a sociedade, ao acirrar a competição entre as pessoas em geral, transforma a oportunidade em oportunismo, levando a negligenciar o amor, banalizando o sexo pelo erotismo, desvinculando-as dos projetos e da afetividade de cada um, o que resulta em relações superficiais. A fragilização dos laços afetivos familiares pulveriza as alianças entre os pais e, por conseguinte, esfacela a estrutura forte que a família deveria ser, para os seres em desenvolvimento.

Há ainda outra condição muito freqüente, que é importante ser ressaltada no âmbito das relações presentes na violência:

Está no apelo a um poder onipotente que nos dá proteção e segurança. Com o seu crescimento, a pessoa passa a ter desejos ou amor pelo poder, podendo alcançá-lo na realidade. O exercício do poder será altruístico e construtivo se a pessoa teve desenvolvimento favorável, caracterizando-se por confiança no poder do amor e não no amor ao poder. Nesses casos, quem detém o poder no seio de sua família, ou como um simples síndico de condomínio ou no

desempenho de alguma função política o fará de forma democrática e criativa, ouvindo seus pares, que serão considerados e respeitados, através da sensatez da razão, visando sempre aos interesses de seus liderados e de sua comunidade. Caso contrário, o poder será exercido de forma egoística e abusiva, para conseguir domínio, triunfo, alicerçados no narcisismo e arrogância. As decisões tomadas visam a interesses pessoais ou de pequenos grupos que não raro se desvirtuam, formando verdadeiras quadrilhas, por meio de posturas ditatoriais e próximas da criminalidade, estreita-se a fronteira entre o poder e a violência. Enfim, o poder nas mãos de pessoas pouco amadurecidas representa sempre um grande perigo (PESSANHA, 2002, p.2).

Mesmo no relacionamento de um casal, a relação de força está presente. O poder ora é exercido por um, ora por outro. Esse pode ser um fator contribuinte para o estresse dentro da família, o qual poderá culminar em violência intrafamiliar. Aos homens são atribuídos a razão, a liderança, a força e o espaço público. Eles são obrigados a se aproximarem do ideal de racionalidade, o que traz angústia e insegurança. Não há lugar para o erro, existe uma exigência em relação ao papel de provedor da família. Mas, quando tudo está dando errado lá fora, a baixa auto-estima interfere na experiência a dois. Além de ter de enfrentar o mundo externo de maneira digna, o homem sente-se obrigado a se manter firme e poderoso perante a mulher (SEMERENE, 2002).

O poder, como sinônimo de potência, apresenta também uma outra face: a impotência. E o momento da impotência constitui o pavio da violência. Geralmente os homens têm menos habilidade do que as mulheres para vivenciar a impotência, em todos os sentidos da palavra, e terminam por violar o espaço do outro através da violência, na busca de sua auto-afirmação, sendo, no entanto, no nível simbólico, a forma de a mulher, em geral, agredir o homem (SEMERENE, 2002).

Quando há separação do casal, surge mais um agravante no ambiente familiar. Além do fato de a maioria das mulheres ficarem com os filhos, elas necessitam trabalhar para garantir a sobrevivência da família, o que muitas vezes pode significar entrar em outra arena de competição, se seu trabalho é desenvolvido em ambiente eminentemente masculino. Córdia e Schieffer (2002) relatam que as famílias monoparentais são mais vulneráveis à violência intrafamiliar devido às pressões psicológicas e sociais, menor supervisão dos filhos e maior tensão nas relações interpessoais entre mães e filhos. Dessa maneira, esta mulher-mãe ainda

poderá ter mais dificuldades em suprir as necessidades de amor dos seus membros, nos diferentes estágios do ciclo vital, abrindo flancos para a violência.

Dados de um estudo subsidiado pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), em 1997, mostram que crianças que vivem com apenas um dos pais têm 80% a mais de risco de sofrerem violência dentro de casa, e 2,2 vezes a mais de serem negligenciadas na sua educação (MORRISON e BIEHL, 2000). Igualmente achados de pesquisas feitas na Nova Zelândia, Reino Unido e Estados Unidos mostram que crianças que se desenvolveram numa família com só um dos pais estão mais expostas à violência, tanto dentro quanto fora de casa, assim como de se tornarem agressores na idade adulta (OMS, 2002).

O alerta é para que, uma vez iniciada a violência intrafamiliar, ela atinge outras instâncias da sociedade e, num efeito cascata, retroalimenta as violências. À medida que esse ser humano cresce e se desenvolve, entra em outros contextos, podendo tanto impingir quanto sofrer violência.

Por sua vez, o modelo econômico capitalista, vigente hoje em quase todo o mundo, fomenta nas pessoas o hábito de adquirir e possuir coisas, o que, por consequência, torna-as individualistas e dependentes do consumo, pois, nas entrelinhas, acena com a possibilidade de satisfazer suas necessidades e desejos. Perenizada, esta situação converte as pessoas em competitivas e intolerantes às frustrações da vida. Dessa maneira, a permanente geração de necessidades e a impossibilidade de sua satisfação também tornam as pessoas agressivas e violentas (VOLPE e LAPORTE, 2000). Essa ocorrência, que acontece no nível macro, influencia também a família, podendo gerar ou mesmo reforçar a violência intrafamiliar.

A exposição desses fatos aponta a influência de fatores micro e macro estruturais, que se complementam e potencializam, mostrando que a violência é resultado de uma interação de fatores individuais, incluindo os aspectos biológicos e psicológicos, bem como econômicos, políticos, culturais e sociais. Ela está representada na afirmação de Prado (1998), ao configurar a violência como um fenômeno social, histórico e diversificado que se concretiza na instância social, mas não atende nem aos interesses e nem às necessidades sociais.

Passados mais de 20 séculos do início da história, e apesar de o homem ter realizado grandes inventos e conquistas tecnológicas, a humanidade contemporânea continua na busca de soluções para a questão da violência, nas suas mais diferentes expressões. A humanidade continua imersa num ambiente estranho, ameaçador e inseguro, ocupada no aperfeiçoamento de novos “tacapes”.

2.5 Modelos Explicativos para a Violência Intrafamiliar Contra Crianças e Adolescentes

Estudos como os de Ariès (1981); Badinter (1998) entre outros, mostram que as “crianças têm sido vistas e tratadas como menores subalternos merecedores de um amor desvalorizado (...) contaminado com a idéia de fraquezas, inferioridade, subalternidade do ser criança”, indicando que esse segmento da sociedade, ao longo da história era – e hoje ainda é, por muitos pais – despojado de valor (AZEVEDO e GUERRA, 1997, p.40).

Tentando compreender tal fenômeno, autores de diferentes áreas têm-se debruçado sobre a temática, para dar uma explicação teórica que auxilie os profissionais e cientistas a elaborarem modelos metodológicos de atenção na área da violência. Assim, apresenta-se aqui os modelos unidimensional ou de causalidade linear, o interativo ou multicausal, o modelo apoiado na teoria crítica, o ecológico e o biológico.

O primeiro modelo, o unidimensional ou de causalidade, põe acento na psicopatologia dos pais como uma explicação para a realidade da violência contra crianças e adolescentes. Porém ele não dá conta de explicar o fenômeno, e os estudiosos criam o modelo interativo ou multicausal, pretendendo superar o simplismo unicausal.

De acordo com Azevedo e Guerra (1997, p.43), o modelo multicausal é fruto de pesquisas baseadas na Teoria Sistêmica, com contribuições de Bronfenbrenner (1979); Belsky (1980) e Ochotorena (1988), e tem por principais pressupostos:

1. As forças ambientais, as características do agressor e as da criança ou adolescente atuam de maneira dinâmica e recíproca neste processo;

2. Conforme o modelo ecológico-ecossistêmico de Bronfenbrenner, a realidade familiar, a realidade social e econômica e a cultura estão organizadas como um todo articulado e como um sistema formado por distintos subsistemas, que se articulam entre si de forma dinâmica;

3. Para Belsky, os maus tratos infantis são resultados da determinação de múltiplas forças atuantes na família, no indivíduo, na comunidade e na cultura em que o indivíduo e a família estão implicados.

Portanto, esse modelo postula que a violência contra crianças e adolescentes decorre da interação de fatores macro (sistemas sócio-econômicos-político) e microsociais (história dos pais, estrutura e funcionamento familiar) (AZEVEDO e GUERRA, 1997).

Embora o modelo interativo ou multicausal seja o modelo aceito internacionalmente, Azevedo e Guerra (1997) criticam-no, porque ele enfatiza a objetividade positivista do processo e ignora a relação entre o sujeito e objeto para a compreensão de fenômenos humanos, como é o caso de violência contra crianças e adolescentes no contexto familiar. Em seu lugar, as autoras propõem a construção de uma teoria crítica para a violência infanto-juvenil, cujos fundamentos teóricos devem ser buscados em vários domínios que mantêm interface com a compreensão desse fenômeno, e que sirva de guia para uma ação transformadora emancipatória.

Assim, a teoria crítica se apóia no compromisso social com aqueles que, em determinadas relações sociais, se incluem no pólo oprimido. É um objeto conceitual endereçado a um grupo particular de agentes frustrados. Visa ser a “autoconsciência” de um processo, em que eles se libertam de um estado inicial específico de dependência e ilusão, atingindo um estado de esclarecimento e emancipação. Por ser reflexiva, ela valoriza a relação sujeito/objeto para a compreensão de fenômenos humanos, partindo do pressuposto de que o ser humano, além de ser histórico e social, é também criador de mundos e transformador de realidades. A perspectiva desta teoria mostra que há esperança para o ser humano, pois ela ajuda na construção de uma mentalidade que reconheça a especificidade da criança como um ser em condição peculiar de desenvolvimento, titular, portanto, do direito à proteção, e não à dominação e, como tal, podendo reclamar prioridade de tratamento (AZEVEDO e GUERRA, 1997).

Além de conhecer e explicar o fenômeno da violência, a teoria crítica leva os atores sociais à reflexão e a caminhar para a transformação da realidade, uma vez que a violência resulta da conjuntura de vários fatores inter-relacionados e interdependentes no cotidiano dos seres humanos. Na prática, porém, ainda é incipiente sua aplicação.

A natureza multifacetada da violência é mais facilmente compreendida a partir de um modelo que conjuga os fatores individuais e relacionais. Nos Estados Unidos, por volta dos anos 70 do século XX, foi utilizada a teoria ecológica baseada no trabalho de Bronfenbrenner, para explicar a violência intrafamiliar contra crianças. Subseqüentemente, ela tem sido usada nos estudos de violência contra adolescentes e, mais recentemente, tem sido usada para compreender a violência conjugal e também contra os idosos, pela possibilidade de explorar as relações entre os indivíduos e os fatores contextuais (OMS, 2002).

Baseada nos mesmos autores que subsidiaram os estudos da OMS (2002), Bringiotti (1999, p.53) sintetiza e apresenta a abordagem ecológica das peculiaridades da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes:

Desenvolvimento ontogenético: postula que é uma questão de herança que os pais que maltratam seus filhos trazem consigo à situação familiar e ao papel parental. A história pessoal de infância dos pais tem forte influência, pois a partir de sua referência quanto ao tipo e qualidade de atenção recebida, eles estariam condicionando ou explicando sua capacidade para cuidar, atender e educar adequadamente os próprios filhos.

❖ **Microsistema:** refere-se aos comportamentos concretos dos membros da família nuclear, características psicológicas e comportamentais, com determinados atributos como capacidade empática, tolerância ao estresse, sintomas depressivos, alterações da personalidade, desajuste do casal, violência do casal, na interação com variáveis comportamentais e temperamentais dos filhos.

- ❖ Exosistema: fala a respeito das estruturas sociais, tanto as formais e as informais, como trabalho, redes de relação social, distribuição de bens e serviços, que afetam o contexto imediato.

- ❖ Macrossistema: é a relação entre valores culturais e sistemas de crenças que permitem e fomentam o maltrato infantil, através das influências que exercem nos outros três níveis – o indivíduo, família e comunidade, associando-os às variáveis socioeconômica, estrutural e cultural.

A teoria ecológica, adaptada por Bronfenbrenner para a violência contra criança e adolescente no seio da família, tem sido utilizada em nível mundial, porque ao se conhecer as ligações entre fatores de risco, desde o nível individual até os contextos cultural, econômico e social, pode-se agir preventivamente e assim diminuir a ocorrência de mais de um tipo de violência (OMS, 2002).

Recentemente, a OMS (2002) refere que pesquisas têm sugerido a concorrência de fatores biológicos e individuais como potencializadores de algumas predisposições para a violência, quando ocorre a interação desses fatores com os familiares, comunitários e culturais, bem como com outros externos.

Corroborando com essa abordagem, achados de pesquisas realizadas por Raine e Liu, na Holanda e Estados Unidos, referidos no Brasil por Flores (2002, p.3), apontam para fragilidades biológicas, na forma de problemas neurológicos, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, complicações de parto associados ao ambiente familiar inadequado, principalmente no primeiro ano de vida, formando uma combinação explosiva para gerar comportamentos violentos. O pesquisador brasileiro também encontra, numa amostra de 21 jovens sem condenações criminais, de uma capital do sul do país, três variáveis cuja presença aumenta significativamente o placar de violência: "problemas obstétricos, maus-tratos na infância e história familiar positiva de criminalidade".

Essas são algumas tentativas de explicar as raízes da violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. Cada uma delas tem seus pontos fortes e frágeis, entretanto, cumprem seu papel no sentido de lançar luzes ao fenômeno e auxiliar os profissionais, quando se faz necessária a intervenção.

2.5.1 Violência Intrafamiliar Contra Criança e Adolescente

A partir do entendimento da complexidade envolvida no fenômeno, para iniciar o cuidado ao segmento da sociedade representado pela criança e o adolescente, alguns autores e órgãos governamentais, no Brasil, têm elaborado algumas conceituações de violência contra criança e adolescente no contexto familiar. Assim o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b) conceitua violência intrafamiliar como:

Toda ação ou omissão que prejudique o bem estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consangüinidade e em relação de poder a outra.

Este conceito se distingue da violência doméstica por estender-se para além do espaço físico em que a violência ocorre, incluindo as relações em que ela se constrói e acontece (BRASIL, 2002b).

Para referir-se às diferentes modalidades de violência intrafamiliar contra criança e adolescente, a OMS, em 1996, designa-as como violência de natureza física, sexual, psicológica e privação ou negligência (2002). Entretanto, no Brasil, Azevedo e Guerra (2001, p.44), para o que a OMS chama de “natureza”, denominam “tipo”, e definem o significado de cada um deles conforme apresentado a seguir:

- ✓ **Violência Física** são danos físicos a uma criança, envenenamento comprovado ou só suspeito de ter sido provocado, queimadura ou espancamento;

- ✓ **Violência Sexual** é o envolvimento de crianças e/ou adolescentes dependentes e emocionalmente imaturas em atividades sexuais que eles verdadeiramente não compreendem, são incapazes de consentir ou que violam os tabus sociais dos papéis familiares;

- ✓ **Violência Psicológica** é o efeito adverso e severo causado sobre o comportamento e o desenvolvimento emocional de uma criança, como consequência de rejeição ou de um problemático tratamento emocional;
- ✓ **Negligência** é a persistente e severa negligência de uma criança, sua exposição a qualquer tipo de risco, como fome, frio ou a indisponibilidade física e emocional que resultem em sérios danos à sua saúde ou desenvolvimento.

Dessa maneira:

A família idealizada para ser recanto de nutrição afetiva, estímulo, apoio nos enfrentamentos da vida e aconchego em momentos de pressão, se converte, muitas vezes, em arena de violências contra seus próprios membros, perdendo assim a função de prover ambiente seguro e saudável para o desenvolvimento de seus integrantes (ELSEN, GRÜDTNER, RODRIGUES, 2001).

2.6 Violência e Saúde

Apesar de terem sido historiadas somente nas três últimas décadas, foi assim que as questões de violência na família começaram a sair da obscuridade, chamando a atenção dos profissionais dos grupos de estudos e de atendimento, para a prevenção e o enfrentamento desse fenômeno que vitimiza cotidianamente crianças e adolescentes em nossa realidade (SILVA; ELSSEN, 1999).

Segundo Minayo e Souza (1999), as violências, nelas incluídas a intrafamiliar, por serem consideradas uma questão social, não têm ainda recebido a devida atenção do setor saúde, embora suas consequências sejam reais, com expressivos reflexos nos serviços de saúde e nas taxas de morbidade e mortalidade.

No tocante a Violência e Saúde, visando contribuir com a discussão desta temática, neste item abordam-se a violência intrafamiliar e sua relação com a equipe de saúde e com a Enfermagem, assim como suas consequências e caminhos para sua prevenção.

2.6.1 Equipe de Saúde e a Violência Intrafamiliar Contra Crianças e Adolescentes

Um fenômeno de multidimensionalidade, com interdependência dos níveis sociais micro e macro, requer ações de enfrentamento multiprofissional (MINAYO; SOUZA, 1999). Conquanto já existam alguns programas na área, o compromisso ainda é muito pequeno diante do vulto do fenômeno. Num passado recente, os profissionais da saúde relutavam em abraçar esta causa por acreditarem que a violência não era do raio da sua ação. Nos dias hodiernos, Minayo (2003, p.30), referindo-se à filosofia popular e à dos filósofos eruditos, salienta que os profissionais da saúde:

cada vez mais se encaminham para reconhecer o que Agudelo vem repetindo em vários de seus estudos 'a violência representa um risco maior para a realização do processo vital humano': ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima.

Minayo et al. (2003, p.17) são bem enfáticos ao mostrarem o quanto a violência tem relação com a saúde, comparando o setor da saúde "a um tambor de ressonância das resultantes desse fenômeno", e acrescentando que ele "é uma grande encruzilhada para onde convergem todas as lesões e traumas físicos, emocionais e espirituais produzidos na sociedade".

Pesquisas mostram que inevitavelmente a(as) violência(violências) tem(têm) impacto sobre a saúde moral, mental, física e espiritual das pessoas (MINAYO et al., 2003). Daí a pertinência de nós, profissionais do setor saúde engajarmo-nos nessa luta também.

Deslandes (2002, p.163), salienta que:

os serviços básicos de saúde, e mesmo os ambulatórios podem atuar como importantes aliados na prevenção das violências domésticas contra crianças, adolescentes e mulheres, seja no pré-natal, no atendimento pediátrico e de ginecologia, seja em atividades dos agentes de saúde, nos grupos comunitários de saúde e nos programas de médicos da família.

O serviço de saúde pode ser o único lugar que uma pessoa vá pedir ajuda, portanto, ela irá esperando receber tal ajuda.

Dessa maneira, quando casos de violência contra criança e adolescente chegam aos serviços de saúde, além dos cuidados específicos desse setor, a vítima precisa de serviços do âmbito psicológico, social e jurídico. Porém, lamentavelmente, nos dias atuais, esses setores ainda encontram-se desarticulados, com capacitação dos profissionais atuantes precária ou inexistente, tornando o atendimento dessas vítimas potenciais riscos de revitimização.

A prática e pesquisas têm comprovado que a crescente conscientização, por parte da população, da ocorrência de vitimização de crianças e adolescentes dentro de seu espaço doméstico, promovida pelos órgãos de proteção, organizações não governamentais (ONGs) e mídia, aumentou o número de denúncias de casos, desvelando uma realidade que até agora se mantinha encoberta (BRASIL, 2004).

Investigações realizadas junto a emergências no Brasil têm demonstrado que o desconhecimento do fenômeno da violência familiar, em suas diferentes modalidades e focos, volta a preocupação dos profissionais apenas para os sinais e sintomas, patologias ou ferimentos. Atitudes como essas têm evitado que casos de violência sejam suspeitados, investigados, registrados, notificados e tratados adequadamente (DESLANDES, 1999); (OMS, 2002).

Entretanto, essa nova realidade tem encontrado pouco envolvimento por parte dos profissionais e, como ressalta Covey (1989, p.155), “sem envolvimento não há compromisso”. Apesar do compromisso de que todos somos investidos para com a proteção do outro, principalmente de quem está incapacitado de se defender, muitos ainda relutam aproximar-se da temática, dado o impacto psicológico que o fenômeno provoca em todas as pessoas. Sendo situações melindrosas, tanto para a vítima quanto para os profissionais, a abordagem precisa ser cuidadosa, para não causar danos maiores àquela (BRASIL, 2002b).

Considerando que o processo de atendimento só é iniciado a partir de uma denúncia formal, a criança ou adolescente que sofre violência dentro da família pode precisar trilhar muitos caminhos desconhecidos e incertos, antes do fenômeno começar a ganhar visibilidade e ser interrompido.

Rech (2005, p.19) assim retrata a trilha que a vítima muitas vezes caminha, antes de receber ajuda:

a denúncia: pode ser comparada a um mapa, cujas informações costumam se apresentar distorcidas e confusas, precisando ser traduzidas num esforço para interpretá-las. Tanto mais claras e melhor apuradas estas informações, maiores e melhores serão as possibilidades de desvelamento da violência e das práticas interventivas de proteção e defesa de crianças e adolescentes vítimas, e mais rápida será a responsabilização dos agressores.

O percorrer destes caminhos pode significar os “aspectos desastrosos” mencionados por Rech (2005), pelo tempo que pode aumentar de exposição da vítima, uma vez que só a partir da denúncia ao órgão competente para a averiguação, é que medidas para sua proteção poderão ser tomadas.

Influenciados ainda por uma cultura apoiada na idéia de que intervenção junto a famílias – vigente durante séculos – era vista como uma forma indevida de invasão de privacidade, os profissionais de hoje hesitam em ocupar seu papel de defensor e também responsável pela segurança das crianças e adolescentes. Muitos ainda desconhecem que o *status* de pai/chefe perdeu sua condição natural e que hoje precisa ser endossada pela adequação de seu desempenho como pai (BRASIL, 2002b).

O Laboratório de Estudos da Criança – LACRI – editou o livro de bolso *Com licença, vamos à luta*, contendo alguns mandamentos para o atendimento às vítimas. À parte seu aparente aspecto prescritivo, o mesmo consiste num fio condutor pertinente a situações de violência intrafamiliar, quer em relação ao papel do profissional, ou ao do cidadão comum. Rezam eles que o profissionalismo no atendimento a esses casos exige que os envolvidos:

- 1 *Acreditem sempre na criança num primeiro momento e continuem a acreditar até que evidências muito fortes o desaconselhem;*
- 2 *Tenham como compromisso fundamental proteger a criança ou adolescente-vítima e todas as demais crianças e/ou adolescentes eventualmente na família violenta;*
- 3 *Compreendam que a eficácia de sua atuação para interromper o ciclo de violência doméstica deve ter como alvo a família em sua dinâmica interna e externa;*

4 *Não deixem que suas próprias cognições e emoções distorçam o processo de atendimento;*

5 *Saibam atuar cooperativamente evitando cair nas tentações de individualismo e da onipotência (AZEVEDO e GUERRA, 1998, p.39).*

O tom firme dessas diretrizes se justifica diante de uma situação de violência intrafamiliar, pois ela própria se configura num emaranhado de eventos que, aos olhos de profissionais menos atentos, poderia distanciar a possibilidade de a vítima ou a própria família receber ajuda.

A violência intrafamiliar contra criança ou adolescente é algo que pode passar invisível, silente e impune para o observador externo. Entretanto, a vítima, refém de si mesma, reluta em buscar ajuda por uma série de fatores, como um vínculo bipolar com o agressor, o qual embota sua percepção do permitido e do reprovável. A ausência de intervenção poderá levar à perpetração da violência por continuar contida num círculo de silêncio, significando muitas vezes a transmissão a outras gerações dessa forma de relacionamento entre as pessoas na família.

Sendo um fenômeno multicausal, a violência intrafamiliar contra criança e adolescente também requer um olhar filosófico, político e teórico, para sua compreensão. Mais presente no cotidiano da sociedade contemporânea, a violência exige dos profissionais de saúde habilidades em manejar tal situação, na forma de referenciais metodológicos que permitam oferecer às vítimas um cuidado que las tire do labirinto de sofrimento.

Por ser um fenômeno multifacetado, seu manejo ainda requer atuação de profissionais de diferentes setores, como o jurídico, legal, saúde, social, entre outros. A equipe constitui a união de forças para atacar o inimigo em diferentes flancos. Mas não é apenas para a vítima ou família que esse enfrentamento é difícil. O estresse vivido no cuidado de crianças e adolescentes, vítimas de violência intrafamiliar, ressalta a necessidade de especial suporte para a equipe, destacando a importância do cuidado de si que os profissionais devem ter.

Dessa maneira, o cuidado de vítimas firma-se sobre o tripé do conhecimento, atuar em equipe e coesão desta última, para não correr o risco do cuidar individual,

onipotente e solitário que, embora possa parecer virtuoso, é ineficaz e perigoso para todos os envolvidos, mas principalmente porque não resolve a situação da vítima e pode acabar, às vezes, com o fio de esperança que lhe resta.

2.6.2 A Enfermagem e a Violência

No âmbito da Enfermagem, temos buscado compreender sua participação e seu envolvimento com a temática. Estamos perto das pessoas e famílias em seu processo de viver nas interfaces com a saúde e a doença, do nascimento até a morte, em espaços onde podemos encontrar vítimas de violência no contexto familiar.

Esta realidade requer, tanto da Enfermagem como de todas as outras profissões, o compromisso, a lealdade para com o outro, o engajamento, a fim de cuidar das vítimas, bem como prevenir a violência. Assim, sua atuação será preventiva e não apenas quando a violência já se instaurou, trazendo suas vítimas semidestruídas para os serviços de saúde.

Silva e Elsen (1999) examinaram a produção científica de Enfermagem da Região Sul do Brasil sobre a temática, constatando que no período do início de 1990 a julho de 1999, os enfermeiros publicaram 45 trabalhos, entre eles dois (2) livros, um (1) capítulo de livro, quatro (4) dissertações de mestrado, uma (1) tese de doutorado, (1) trabalho completo em periódico e 36 resumos em anais. Essas publicações mostram que o tipo de violência que tem sido mais estudado é o contra a criança e adolescente, e o menos presente nessas investigações é sobre a violência contra o idoso. Segundo as autoras, estes dados, quando comparados a outras temáticas investigadas pela Enfermagem, indicam a necessidade de maior investimento na área.

Em estudo piloto desenvolvido junto a alunos de graduação, observou-se que os mesmos apresentam percepções equivocadas sobre o fenômeno, mostrando-se desejosos em aprofundar os seus conhecimentos, principalmente em como suspeitar de casos de violência, como abordar a família e como denunciar o agressor. Referem ainda encontrar casos de violência durante a realização de suas práticas

assistenciais – dentro do âmbito hospitalar – porém estes não foram por eles cuidados (PEDROZO; VIEIRA E SILVA, 1999).

Outra pesquisa, desenvolvida por Elsen, Grüdtner e Rodrigues (2000), em Florianópolis, com enfermeiros nos serviços de saúde, identificou pelo menos três tipos de resposta do enfermeiro frente à violência familiar:

1. O enfermeiro que não “enxerga” a violência; ou o que tem uma “venda nos olhos” que o impossibilita de reconhecer o fenômeno. O profissional geralmente se encontra “desligado”/alienado do contexto social; não busca maiores conhecimentos sobre o tema e direciona seu trabalho/cuidado dentro de um modelo centrado na patologia da criança/adolescente, o que inviabiliza uma abordagem do ser humano em sua integralidade e como ser de relações;
2. O enfermeiro que se encontra “aprisionado” a certas crenças ou experiências passadas que o impedem de abordar o fenômeno em sua prática profissional. Este, conforme Azevedo e Guerra (1999), apresenta reticências psicológicas.²
3. O enfermeiro “envolvido cientificamente” é o desejoso de aprender, de compreender a violência na família, descobrindo espaços para a atuação da Enfermagem. Busca articular-se com os demais profissionais e se refere à necessidade de participar de grupos de estudos. Compromete-se ética e politicamente, no sentido de manter-se fiel: ao princípio da defesa/proteção da vida humana; ao direito à liberdade e emancipação do ser humano; à solidariedade às vítimas, possibilitando o desenvolvimento de todas as potencialidades do ser humano/grupo, evitando julgamentos e culpabilizações.

Desejando ampliar o horizonte do conhecimento – sobre violência doméstica – que os acadêmicos recebem durante a graduação, Elsen, Grüdtner e Rodrigues (2001) realizaram uma pesquisa em cinco escolas de Enfermagem do Estado de Santa Catarina. Dentre os achados, constatou-se que a maioria dos estudantes

² As reticências psicológicas são reações que expressam as reticências pessoais ao trato de casos de violência doméstica e ocorrem, quando você reage com sentimento de ódio, vingança, com crença de que a vítima pediu para ser abusada (em abusos incestuosos), ou então com atitudes de indiferença, descrença, pieguice, ambivalência, ou ainda, com sentimento de incômodo, de mal estar que levam a preferir cortar a questão e/ou fugir do caso (AZEVEDO E GUERRA, 1999, p.9).

despertou para o compromisso social da sua carreira, referente a essa temática, a partir do contato com o instrumento de pesquisa. As entrevistadas ainda desejavam maior preparo, já que durante o curso presenciaram profissionais agirem como se o assunto não lhes dissesse respeito, ao receberem uma vítima de violência doméstica, ou desejavam cuidar, mas não se sentiam preparados.

Todavia, Minayo e Souza (1999, p.8) declaram que “até pouco tempo, porém, o setor saúde olhou para o fenômeno da violência, como mero espectador de eventos e um reparador dos estragos provocados pelos conflitos sociais”. Embora esses aspectos sejam da alçada quase que específica da Enfermagem, sua atuação, no entanto, não se restringe a eles.

Assis e Constantino (2003, p.59), analisando a *Tendência da Produção Científica Brasileira sobre Violência e Acidentes na década de 90*, percebem uma ênfase nos estudos teóricos, visando à sensibilização e capacitação dos profissionais. Esse estudo identifica que a Enfermagem foi à única área a focalizar a violência sob a modalidade negligência.

Rememorando que: a Enfermagem é uma disciplina de prática social; que o atendimento às vítimas de violência intrafamiliar é de caráter interdisciplinar; que ele não se estende apenas à vítima e sim a todos os envolvidos; que o processo é prolongado e exige acompanhamento que inclui o controle, por período que pode chegar a anos, a Enfermagem deve “estar com” a vítima também, enquanto o processo caminhar.

Este "estar com" é um cuidado subjetivo, difícil ainda hoje de ser reconhecido como do arsenal da Enfermagem, ainda muito preso ao fazer utilitarista. O atendimento interdisciplinar, porém, pressupõe que cada área tem ações próprias e, quais são as específicas da Enfermagem, tem sido a indagação maior de muitas enfermeiras.

Apesar de já se encontrar algum conhecimento produzido, no que tange ao cuidado de Enfermagem à criança e ao adolescente vítimas de violência intrafamiliar, como os estudos de Moura (2002); Cunha (1998); Morais (1999), procurando focar o atendimento a essas vítimas, contudo, as ações da Enfermagem têm-se diluído no roldão das ações multiprofissionais, resultando na

hesitação, dúvida e insegurança de que a Enfermagem não tem o que fazer e, se tem, ainda não reconheceu a peculiaridade de sua atuação.

Referente à criança internada, Jungblut (1999) preocupou-se em trabalhar com a equipe de Enfermagem no sentido de sensibilizá-la para não impor a vitimização institucionalizada e, capacitando a mesma para lidar com essas crianças durante seu tratamento hospitalar. Almoarqueg; Junblut e Issi (1999), por sua vez, propõem um projeto numa unidade de internação pediátrica, também em caráter interdisciplinar, voltado para o atendimento da criança vítima de violência na família, durante a hospitalização, como compromisso para a defesa da infância.

Porém, sendo um fenômeno complexo, resoluções segmentadas podem continuar a expor a vítima a repetições dos episódios. Neste estudo, as enfermeiras relatam que gostariam muito de atender, de descobrir o que houve, de resolver a problemática da vítima, porém, não dispõem de instrumentos que as façam sentirem-se habilitadas para tal atuação. É comum ouvir-se que a enfermeira não foi preparada na escola para isso, que a literatura sobre o tema para a Enfermagem ainda é bastante rara e que, portanto, é urgente se construir tal conhecimento.

No entanto, o que existe é falta de envolvimento com a temática, modéstia em considerar que aqueles atos que algumas delas realizam têm sua importância, só se forem tomados como parte de um conjunto de medidas, visando a proteção e defesa da vítima, isto é, num atendimento interdisciplinar. Mas, isoladamente, nenhum efeito teria sobre o fenômeno, e a criança ou adolescente estaria sujeito a continuar sendo vitimizado, continuando na condição de risco.

O afã de querer saber como atuar tem levado algumas enfermeiras a quererem diagnosticar a violência intrafamiliar contra criança e adolescente, e a só denunciarem se tiverem certeza, outras a acreditarem que o envolvimento com a agilização da vinda do órgão de proteção não significa cuidado, e outras a que a abordagem da família, incluindo nela o agressor sexual, não são de sua responsabilidade.

Portanto, é mister que a Enfermagem adote a visão de cooperação, para não cair no que Azevedo e Guerra chamam de “tentação do individualismo e da onipotência” (1998, p.39), mas aprender a atuar transdisciplinarmente, onde “as várias intervenções ocorrem mediante uma coordenação dos agentes sem confusão

dos papéis” (p.55), possível através de uma cuidadosa articulação das ações de cada um dos envolvidos.

As enfermeiras precisam estar alertas, pois quando uma criança, vítima de violência intrafamiliar, é atendida por profissionais incompetentes, descompromissados ou não livres de reticências psicológicas, muitas coisas podem ocorrer, ou deixar de ocorrer. Por exemplo, pode faltar a notificação, ou pode haver demora excessiva em proteger a criança, ou esta pode irresponsavelmente permanecer junto do(a) agressor(a). Como resultante dessa atuação profissional inadequada, a criança pode ter agravados seus sofrimentos físicos e psicológicos (AZEVEDO e GUERRA 1998, p.43).

As autoras apresentam algumas diretrizes mínimas para uma intervenção profissional para com vítimas de violência intrafamiliar contra criança e adolescente. O primeiro passo seria o profissional planejar a abordagem; o segundo deve ser a identificação, que pode ser a sumária – em casos de urgências – e a aprofundada, através do diagnóstico multiprofissional. Como terceiro passo vem o atendimento, que deve envolver como parceiros: profissionais atuando em instituições judiciais, de proteção social, de saúde (física e mental), entre outros. Esse planejamento é específico para cada caso, porém há algumas estratégias básicas que são comuns a todos. Azevedo e Guerra (1998, p.72) alertam que “Sem acompanhamento e controle o Programa de Intervenção pode vir a ser um exercício de papel e não uma verdadeira intervenção na e para a família violenta”.

Conquanto um escopo mínimo seja necessário para se cuidar dessas vítimas, é preciso lembrar das peculiaridades de cada situação. Cada intervenção também irá depender do referencial utilizado pela enfermeira, do contexto de atuação e dos parceiros com que puder contar, diante de tais situações.

Além disso, como dizem Azevedo e Guerra (1998, p.9), a enfermeira, ao “quebrar a lei do silêncio”, estará sendo uma defensora da criança e uma cuidadora amorosa, despertando esperança na vítima e apontando possibilidades para que ela possa vir a ser um adulto maduro e responsável. Um adulto que rompeu com o passado pelo caminho da resiliência, e cujo processo de ruptura só será iniciado se a enfermeira se dispuser a oferecer um cuidado comprometido e amoroso, para que a cadeia da violência intrafamiliar não seja perpetrada às futuras gerações.

2.6.3 Conseqüências da Violência Intrafamiliar Contra Crianças e Adolescentes

O Ministério da Saúde reconhece que a escassez de serviços de proteção apropriados ou de respostas sociais e familiares inadequadas, assim como as intervenções apenas pontuais para o atendimento a situações de violência intrafamiliar significam entraves que retardam ou afastam a resolução do problema (BRASIL, 2002b).

Pessoas vítimas de violência vivem sob constante estado de alerta, com seus recursos internos unicamente mobilizados e dirigidos para a preservação da vida. A violência não atinge apenas a pessoa alvo, mas afeta a tantos quantos estiverem no contexto violento, deixando sequelas e marcas nas pessoas, por toda a vida. Se estas pessoas estão na fase de crescimento e desenvolvimento, como é o caso das crianças e adolescentes, os danos são ainda mais graves. Além de terem seu desenvolvimento prejudicado, sua disposição para receber ajuda para ser curado, assim como sua capacidade de amar estarão igualmente perturbadas, apontando para um futuro de relações interpessoais imprevisível.

Minayo et al. (1995); Deslandes (1999) e OMS (2002) salientam que a violência afeta a saúde porque provoca doenças e alterações negativas na integridade corporal, orgânica e emocional.

Filhos e filhas de mães que sofrem violência no contexto familiar têm três vezes mais possibilidades de adoecer, e 63% destas crianças repetem o ano na escola, pelo menos uma vez. Em média terminam por abandonar os estudos por volta dos nove anos de idade (BRASIL, 2002b).

O relatório da OMS (2002) divulga que muitas doenças em crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar já são conhecidas há algum tempo, como as desordens psiquiátricas e pensamentos suicidas em curto ou médio prazo, assim como adotar comportamentos de risco, usando bebidas alcoólicas e outras drogas ilícitas. Porém, atualmente há evidências de que a maioria das doenças em adultos, incluindo doenças isquêmicas do coração, câncer, doenças pulmonares crônicas, síndrome do intestino irritável e fibromialgia estão relacionadas a experiências de situações de violência intrafamiliar na infância. Assistir episódios de

violência entre os pais tem-se mostrado ser causador de doenças, tal como sofrer a experiência diretamente.

Nos aspectos social e econômico, dados do BID mostram que os Estados Unidos gastam quantia significativa com mulheres vítimas de violência dentro da família, para o tratamento de saúde, reabilitação, manutenção durante os dias de licença e assistência social (COVEY, 1998). Igualmente, em pesquisa realizada na América Latina pelo BID, encontrou-se que a violência intrafamiliar configura sério problema de saúde, bem como grande obstáculo ao desenvolvimento social e econômico, além de ser flagrante violação dos direitos humanos (MORRISON e BIEHL, 2000).

Integrantes de uma família que vive em situação de violência, em geral, têm sua mente embotada, baixa auto-estima e quando têm um projeto de vida, muitas vezes ele está distorcido, o que faz com que a busca de ajuda seja desconsiderada ou postergada. Por essa razão, quando alguém dessa família sai da situação emaranhada em busca de auxílio, sua atitude precisa ser considerada, levada a sério e, sobretudo, precisa ser cuidada competente e amorosamente, para que a vítima possa se fortalecer e enfrentar o árduo processo de transformação e de reconstrução, que ora se inicia.

Se esses indivíduos não forem tratados cuidados e amados, na sua grande maioria, apreenderão fatos de violência como integrantes normais do processo de viver, e talvez venham a tornar-se agressores no futuro, pois esses são os símbolos que permearam seu cotidiano durante a fase de sua socialização e do seu desenvolvimento.

Os comportamentos listados a seguir foram encontrados por Spitz (1983, p.260) em crianças que não desenvolveram relação de afeto com a mãe e apontam para a prontidão da ação, que pode ser de violência ou apenas de defesa:

- Queixam-se de que sua mãe os abandonou (...) na infância;
- São pessoas que não têm ligação com os pais;
- Têm baixo nível de consciência, apenas medo e culpa;
- Todas as formas de relacionamentos são seriamente prejudicadas;
- São desconfiados de si mesmos, dos seus e de todo o mundo;
- São precavidos, tímidos, inseguros e têm um sentimento de estarem constantemente ameaçados;
- Sua capacidade de cooperação é pequena; (...) quando existe é na base do utilitarismo e não inspira confiança;

Não têm criatividade (...) vivem só para o momento e não têm capacidade de planejar.

Por ter conseqüências tão nefastas, a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CAIRO, 1994) conclama medidas para a erradicação da violência contra as mulheres, visando à eliminação de toda forma de violência, em âmbito mundial, pois uma criança ou adolescente que assiste a mulher-mãe ser vítima de violência não só poderá incorporá-la como forma de relacionamento, mas também terá seu desenvolvimento prejudicado pela ausência de segurança e de estímulos favoráveis e necessários para isso.

Mulheres que foram vítimas de abuso sexual podem carregar para os relacionamentos futuros marcas que comprometam seriamente as interações, tornando-se mães abusivas, como conseqüência de terem sido vítimas de violência na infância (KORNIFIELD, 2000).

Independente do tipo, a violência que a criança ou o adolescente sofrem deixa cicatrizes que nem sempre são visíveis. Contudo, são essas que, em geral, mais interferem no desenvolvimento saudável desses futuros cidadãos, ou mesmo no processo de viver dos já cidadãos.

2.6.4 Prevenção da Violência Intrafamiliar Contra Criança e Adolescente

Prevenir é “tomar um conjunto de medidas visando evitar algo” (Houaiss, 2001, p.356). De forma ampla, a OMS (2002) apregoa que se deve prevenir a violência em nível local, nacional e mundial. Tendo repercussões expressivas sobre a saúde das vítimas, modelos de prevenção desse malefício precisam estar relacionados aos modelos de prevenção de doenças que, em geral, advém dos próprios sistemas de saúde.

Na década de 1950, Leavell & Clarck lançaram o modelo de prevenção de doenças como aquela perspectiva de intervenção no curso de determinadas situações, práticas e comportamentos que possam levar a doença ou agravos. Neste modelo há uma hierarquia de três níveis de atuação. Embora essas medidas

visassem a promoção da saúde, punham grande ênfase no aspecto utilitarista de evitar doenças e agravos.

Já nos anos 70 do último século, Marc Lalonde, ministro da saúde do Canadá, propõe novo modelo para o campo da saúde, o qual integra a biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção de saúde. A inovação de tal modelo está na “idéia do protagonismo dos atores e das comunidades para atuar nos seus próprios estados de saúde e nas condições determinantes”, tendo assim, como conceito chave conceito-chave, a “promoção” em saúde (DESLANDES, 2002, p.160).

Várias conferências internacionais, como a de Ottawa em 1986, Adelaide em 1988 e Sunsval em 1991, trabalharam visando desenhar um caminho para o modelo de promoção em saúde. Esse ideário alcança o Brasil, para dar sustentação ao movimento da Reforma Sanitária, que ora germinava aqui.

Assim, apesar das proposições de Lalonde terem sido incorporadas pela OMS na década de 1980, após serem amplamente difundidas como referência para o setor, elas receberam críticas pela pequena ênfase no aspecto do entorno, entendido como a conexão dos aspectos ambiental-ecológico e sociocultural, porque, embora o indivíduo fizesse suas escolhas, escapava-lhe o controle das mesmas. Isto, principalmente com a onda neoliberal “oportunista de uma idéia de substituição da ação pública estatal por iniciativas de apoio social”, pois ao se reconhecer a violência como fenômeno complexo e multicausal, ações intersetoriais e a participação popular são exigidas. Porém, a despeito do modelo de prevenção, na realidade as autoridades ainda estão se indagando: De quem é o papel da promoção da saúde? E quem vem primeiro, a promoção de políticas públicas ou o protagonismo dos indivíduos para mobilizarem-se na direção das conquistas justas? (DESLANDES, 2002, p.160).

Pela definição de políticas saudáveis, por si só, o modelo constituiria uma “perspectiva de enfrentamento estrutural de violência” nos diferentes tipos (DESLANDES, 2002, p.162). Mas, o novo modelo, ao focar demasiadamente o estilo de vida, deixando como responsabilidade individual mudanças no meio ambiente, encobre a impotência estatal e a população fica imobilizada (DESLANDES, 2002). Dessa maneira, no nível macro ainda encontramos-nos em compasso de espera.

Em nível micro, para se prevenir violência intrafamiliar, ainda se está utilizando os três níveis de atuação de Leavell & Clarck, adaptados por Azevedo e Guerra (2001), e novamente apregoados pela OMS (2002) conforme apresentados a seguir:

- a) **Primária** – Todas as estratégias endereçadas à população, visando reduzir a incidência ou a ocorrência de novos casos. Programas de pré-natal para reforçar o vínculo pais-filhos; em escolas para os adolescentes; campanhas pela mídia; palestras e debates.
- b) **Secundária** – Requer identificação precoce da população de risco. Como estratégias são apontadas as visitas domiciliares para cuidados de saúde e sociais; fornecer os telefones úteis para recorrer em caso de crise e necessidade, encaminhamento especializado e creches para as crianças do grupo de risco.
- c) **Terciária** – Dirigida aos indivíduos que já são agressores ou vítimas, para reduzir conseqüências adversas ou até a incapacidade permanente; intervenção terapêutica e esforços para organizar infraestrutura para as vítimas (AZEVEDO e GUERRA, 2001).

No sentido de prevenir a violência de maneira geral, Zagury (1999) orienta que, ao referenciar a História para nossos filhos, podemos estar prevenindo a violência. Poderíamos mencionar, por exemplo, que na Antigüidade ou mesmo na Idade Média não havia quem protegesse o homem comum, lá só havia a lei do poder dos nobres. E dizer que hoje, ainda que haja problemas, os seres humanos já conquistaram o *status* de cidadão, resgatando seus direitos. A autora nos incita a imaginarmos o que era viver no tempo da escravidão ou da Inquisição. É evidente que falta muito para nos aproximarmos de uma sociedade justa e digna, mas já conhecemos o caminho. Ele deve ser trilhado por cada um de nós, começando pela formação de nossos filhos, apontando-lhes o caminho da ética e dotando-os de uma filosofia de esperança, de fé no mundo e no homem, educando-os para chegarem a ser verdadeiros cidadãos. Pessanha (2002) salienta a necessidade de ensinar a nossos filhos a diferença entre o poder do amor e o amor ao poder.

Para evitar que essas tragédias continuem acontecendo, os integrantes da equipe de saúde, inclusive os da Enfermagem, têm responsabilidades como cidadãos e como profissionais para com esses seres em situação peculiar de desenvolvimento. Portanto, estamos ou somos, em certa medida, todos envolvidos na prevenção deste indesejável fenômeno, a fim de amenizar o sofrimento das vítimas e possibilitar-lhes a realização de seu processo vital.

À medida que cresce o nível de complexidade das ações, por exigir atuação interdisciplinar e intersetorial articuladas, mais difícil é sua realização, pela insuficiência em número e capacitação do pessoal envolvido, realçando assim a necessidade da adoção de um referencial metodológico pela enfermeira, a fim de cuidar adequadamente a vítima.

Como hoje a atuação da enfermeira não está mais restrita apenas ao ambiente hospitalar, é pertinente o estar junto com as vítimas e famílias em todo o processo e, não mais, cuidar somente dos aspectos físicos. Este modo de agir demonstra o comprometimento do profissional com a vítima, num cuidado amoroso, em que interage, negocia e maneja a situação, contribuindo com essas crianças e adolescentes para que assumam seu papel de sujeitos que são.

Talvez já tenhamos uma poderosa ferramenta ao nosso dispor. O cientista Maturana (2001b, p.46) acredita que a produção científica relaciona-se inteiramente com o viver da vida cotidiana das pessoas, afirmando que a integração social depende de uma teoria que não negue o amor, porque depois que

acaba a loucura da destruição [...] que nós seres humanos infringimos uns aos outros, como a guerra [...] o que aflora, é sempre o amor. Portanto, a responsabilidade é sempre do cientista e não da ciência, por isso para que o afazer científico seja um afazer sério, a responsabilidade do cientista é fundamental.

O autor ainda salienta que, mais que perguntas, a humanidade precisa de uma prática de cada um de nós – prática de “ensinarmos nossos filhos a crescer no respeito por si mesmos e no respeito pelos outros... Refletindo no seu afazer, um viver amoroso e ético”.

3- O CUIDADO DE ENFERMAGEM E O AMOR

Falar sobre cuidado é uma constante nos trabalhos de Enfermagem, isto por ser o cuidado a sua essência. Considerando que o cuidado tem com meta precípua a manutenção da vida, e que o amor é a força propulsora para se enfrentar as adversidades desta vida, pode-se concluir que o cuidado e o amor são elementos que contribuem para o processo de viver do ser humano.

Pensar no amor quase sempre evoca bons sentimentos e disposições. Sua aura de mistério tem envolvido e levado muitos pensadores a se ocuparem dele como estudo. Mas anunciar tal tema em um trabalho da Enfermagem pode provocar surpresas, interrogações, ou assombro, já que à palavra amor associou-se muitas mistificações e mitos.

Às primeiras correspondem as idéias de mistério e de algo inacessível, já aos segundos as lendas e, portanto, as projeções ou sonhos sobre o assunto. Mas, sendo fundador das relações interpessoais, o amor encontra seu espaço também no corpo de conhecimentos e na prática da disciplina Enfermagem, em virtude da relevância que as relações interpessoais têm, seja em qual for o âmbito, conforme pretendo demonstrar no decorrer do trabalho.

Um mito identificado é a idéia tácita de que o amor é algo inato e, portanto, não necessita ser aprendido. Já uma das mistificações do amor é a de que ele é fugaz e involuntário, incontrolável e imprevisível.

3.1 O Cuidado de Enfermagem

O significado original e primordial dos cuidados era o de manter, promover, desenvolver tudo o que existe, ou tudo aquilo que sobrou de potencial de vida. As ações de cuidado como a alimentação, hidratação, sono, repouso, assim como a companhia de outros seres vivos se destinavam a garantir a sobrevivência da humanidade.(COLLIÈRE, 1999) Segundo Dohanue (1993), a Enfermagem praticada

nos 18 primeiros séculos da história era alicerçada no amor, na compaixão, na disponibilidade, enfim na humanidade. Entretanto, a partir dessa época, se foi percebendo que era preciso aliar habilidades instrumentais e experiência ao cuidado dos doentes.

O desenvolvimento da história imprimiu modificações na concepção de cuidado. Quando surgem as doenças e as guerras, a atenção dispensada às pessoas atingidas por esses eventos passou a ser confundida com o cuidado, este passando assim a ser substituído pelo tratamento, relegando a segundo plano aquelas ações destinadas a cuidar das necessidades básicas da vida. Collière, (1999, p.286) ressalta que o tratamento:

absorveu os cuidados de tal maneira que, nas instituições de saúde, os cuidados cobrem prioritariamente o que é do domínio do tratamento, da reparação, tornando acessório, caduco e de mínima importância todos os cuidados cotidianos e habituais, fundamentais para manter a vida de todos os dias e permitir a luta contra a doença, todos esses cuidados vitais que são [...] o substrato de qualquer tratamento

Portanto, há diferença entre tratar e cuidar. Tratar a doença nunca pode substituir essa mobilização das capacidades de vida, representadas pelo cuidar. Mas o “significado de tratar invadiu insidiosamente, o de cuidar e revestiu-se dele”. Por longo período, o cuidado não pertenceu a nenhuma profissão e era prestado pela própria pessoa ou, diante da impossibilidade de ela própria se cuidar, uma outra pessoa o fazia (COLLIÈRE, 1999, p.286).

No século XIX, Florence Nightingale coloca um marco na história do cuidado, ao estabelecer a Enfermagem como profissão. Pouco mais de um século depois, Meleis (1997) analisa o desenvolvimento e progresso teórico da Enfermagem, e divide a história dessa profissão – desde a Guerra da Criméia, até o final do século XX – em sete estágios que são: Prática, Educação e Administração, Pesquisa, Teoria, Filosofia e Integração.

Nos seus pressupostos teóricos de Enfermagem, Travelbee (1979), na segunda metade do século XX, declarava que o amor é um ato basicamente de vontade e não de emoções, ainda que estas estejam envolvidas.

Contudo, para a enfermeira, prover um cuidado amoroso implica que previamente ela se ame, tenha amor por si. Isto significa preencher o primeiro

princípio da saúde mental, que é ter a capacidade de amar, na qual amar a si antecede amar o outro, porque a pessoa só vai saber como amar o outro se souber amar a si mesma primeiro. Esta posição é corroborada por Fromm (2000, p.157), quando expõe que “a capacidade de amar depende de nossa capacidade de crescer, de desenvolver uma orientação produtiva em nossas relações para com o mundo e para conosco mesmos”.

Collière (1999, p.154) menciona a Enfermagem embasando seu trabalho nos conhecimentos da psicologia e sociologia, dando origem à corrente da “revalorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados”, para compensar “as graves carências de um saber que já não podem ser satisfeitas apenas pela moral profissional”.

Na busca da afirmação, a jovem profissão de Enfermagem empenha-se em definir sua competência, já que todo trabalho realizado por uma profissão é uma operação, um processo que consiste em transformar diferentes elementos com ajuda de um instrumental, com vistas a atingir um fim. No caso da Enfermagem, concorrem para esse processo de cuidados elementos como o conhecimento, a tecnologia, crenças e valores dos cuidadores (COLLIÈRE, 1999). Para “compreender o que dizem de si próprios, em relação com o contexto de vida” – referindo-se aos usuários dos serviços de saúde, a enfermeira precisa ter conhecimentos de diferentes naturezas, para assim captar-lhes pistas de significados, através de seus símbolos (COLLIÈRE, 1999, p.243).

Assim, visando ofertar um cuidado que atenda todas essas necessidades do ser humano, no limiar do século XXI, a Enfermagem vai se apoiar na filosofia, por ser esta uma das “disciplinas que ajudam o homem a refletir sobre sua existência e sobre o seu destino” (COLLIÈRE, 1999, p.154).

O avanço científico e tecnológico com que a sociedade do século XX se deparou tem sido apreciado através de uma estreita relação com o processo de produção. Paralela à produção de bens, deu-se também a produção de um processo de construção da existência humana, tornando o ser humano consciente de sua capacidade de transformação, por meio de uma intervenção intencional e planejada (SOUZA, et al. 2005).

Um dos produtos da construção da existência humana são as idéias, as quais “constituem o conhecimento referente ao mundo, em suas diferentes formas” (PRADO e SOUZA, 2002, p. 14), ou seja, sob a forma do sentido comum, filosófico, científico, tecnológico, estético, entre outros.

Idéias do conhecimento científico e tecnológico ocuparam grande espaço na assistência à saúde, levando a uma fragmentação dos sujeitos (PRADO e SOUZA, 2002). Collière (1999, p.32), referindo-se ao demasiado enfoque dado ao cuidado baseado nas tecnologias pesadas, salienta que este enfoque acarretou o desaparecimento dos “laços tecidos entre o homem e o seu universo, o seu ambiente, o seu grupo social”. Assim, o ser humano, “objeto dos cuidados torna-se isolado, parcelizado, fissurado, separa-se das dimensões sociais e coletivas”, reduzindo o cuidar apenas a tratar a doença.

No entanto, Prado e Souza (2002, p.15) alertam para que uma forma de impedir que a racionalidade determine o modo de fazer Enfermagem é “abrindo espaços para a subjetividade, a intuição, a emoção e as sensações, reconhecendo a multidimensionalidade dos seres humanos e os múltiplos determinantes do contexto que os cercam”.

Desse modo, nos Estados Unidos da América do Norte, assim como no Brasil, pensadoras dessa disciplina profissional continuam a aprofundar-se no entendimento do cuidar. Neves (2002, p.81) analisa e alinha as correntes teórico-filosóficas com a perspectiva cultural, organizacional, estética, existencialista e transdimensional, por compreender que há o envolvimento de várias dimensões de natureza empírica, ética, estética e pessoal no cuidado.

Abstraindo mais ainda, Souza et al, (2005, p.69) num refinamento cada vez maior, examinam o conceito de cuidar sob alguns aspectos teórico-filosóficos, onde as autoras destacam que a premissa associada à vida humana consiste em viver e prosperar. Na perspectiva ética, o cuidar se identifica com uma atividade universal e intrinsecamente valiosa, que promove e restaura o bem-estar físico, o psíquico, o social e amplia as possibilidades de prosperar. Do ponto de vista político, o cuidado de Enfermagem fundamenta-se “em ações que se estendem ao longo da construção da cidadania porque fomenta a autonomia e dignifica o ser”.

Na contemporaneidade, a partir das ciências da vida e da psicologia, Goleman (1995), embasado em pesquisa empírica sobre o cérebro e a neurologia, demonstrou o que já era conhecido desde o tempo dos filósofos gregos: que a dinâmica básica do ser humano é o sentimento e a lógica do coração, e não a razão (BOFF, 2001, p.13).

Contudo, como é impossível excluir a razão do viver humano, Goleman (1995, p. 309) fala de nossas duas mentes. Assevera ele que, como “a mente racional leva um ou dois momentos mais para registrar e reagir do que a mente emocional, o ‘primeiro impulso’ numa situação emocional é o do coração, não da cabeça”. Mas há que equilibrar a racionalidade com a compaixão e, por isso, há um segundo tipo de reação emocional, mais lenta e deliberada.

Boff (2001) salienta que a crítica contemporânea resgatou a centralidade da compaixão, do sentimento, do cuidado e da ternura. Considero que ele esteja apontando a necessidade e, ao mesmo tempo, a propriedade do resgate das outras vertentes da razão, como a compreensiva ou a simbólica, pertinentes na construção do conhecimento de Enfermagem.

Ao apresentar os quatro princípios contidos no cuidar humano, Maia et al. (2003) chamam atenção para o quanto a pessoa do profissional de saúde participa em um evento tão significativo como o cuidar. Esses princípios são: Autoconhecimento e o Cuidado de si; Conhecimento e o Cuidar terapêutico; Despertar da Humanidade e Sensibilidade; Solidariedade e Compaixão. O primeiro princípio mostra claramente que, para cuidar do outro, é demandado que o cuidador conheça primeiro sobre suas condições, seus sentimentos, para, a partir daí, propor-se a cuidar do outro. Já o segundo princípio implica na necessidade de aquisição de conhecimentos não apenas técnico-científicos como também comportamentais, sociais, estéticos e principalmente éticos. O terceiro princípio, por sua vez, indica o reconhecimento da vulnerabilidade, fragilidade e delicadeza do ser humano que, por esta razão, precisa de cuidado sensível para lograr o desenvolvimento de seu potencial existencial e assim, ter sua humanidade preservada. Por fim, o quarto princípio evoca a finalidade última do cuidado humano, que é o de manter os seres humanos unidos por vínculos de interdependência entre o cuidador e o ser humano cuidado.

3.2 O amor e a Enfermagem

Buscando compreender o amor e sua função, inclusive na Enfermagem, examinei alguns escritos sobre o tema, nos diferentes períodos da história, e identifiquei mudanças que esse valor sofreu nesse percurso.

No período da Pré-História, segundo Netto (2002) não se faz menção ao afeto nas relações interpessoais. Platão (428-347 a. C.) foi o primeiro pensador ocidental a refletir e escrever sobre o amor, ainda na Antigüidade. O ser humano sente que algo lhe falta e, sozinho, ele é incompleto. Por isso, amor, para Platão é falta, insuficiência, necessidade e, ao mesmo tempo, o que há de maior no homem. Ele concebe o amor como uma força criadora, com o poder de unir os seres humanos e que, sem amor, o ser humano sente-se vazio e vulnerável à angústia (PLATÃO, 1997).

Na Idade Média, a filosofia goza grande ascensão e dedica-se profundamente à compreensão ao amor. Paradoxalmente, porém, nessa época, surge a terrível rival do amor: “a primazia da lógica, da razão – dando lugar ao esquecimento do amor” (PHILIPPE, 1997, p.29-30).

Tomás de Aquino e Agostinho defendem o amor ágape na expansão do cristianismo. Entretanto, apesar dos esforços para explicar a origem e função do amor na vida do ser humano, os pensadores arrefeceram ante a dúvida em situar o amor no âmbito da filosofia ou do sobrenatural (PHILIPPE, 1997).

Até a Idade Moderna, referências sobre o amor são feitas apenas entre os adultos jovens, aqueles mais propensos ao amor Eros... E nenhuma menção era dirigida às crianças ou adolescentes, como se, para eles, fosse um valor inexistente naqueles dias (WEOR, 2002).

Na filosofia de Descartes, o amor não pode mais ser visto senão como passional, o qual não eleva o ser humano; pelo contrário, degrada-o e traz-lhe sofrimento. Assim, o amor é relegado ao segundo plano, em detrimento das idéias de liberdade e eficácia. Então, por alguns séculos, o amor, mesmo entre os adultos, cai numa espécie de negligência ou esquecimento (PHILIPPE, 1997).

Dessa maneira, para compreender que tipo de relações existiam entre pais e filhos na história, Bringiotti (1999) analisa o raro material literário sobre a infância. O

que existe é construído a partir de relatos históricos de outros fatos, como os estudos iconográficos de □oler (1981). Este autor percebe que, embora a família do século XVII fosse diferente da Idade Média, a ternura e a intimidade ainda estavam longe de existir nas relações entre filhos e pais.

Da mesma forma, Badinter (1998), filósofa feminista francesa, nos anos 80 do século XX, analisa as relações entre mães e filhos existentes no passado, procurando as raízes do amor materno. Seus achados apontam que a natureza social da relação mãe-filho começa a ser transformada a partir da visão de valorização da criança, do reconhecimento de que ela não é um adulto em miniatura, e sim alguém em desenvolvimento. Ela também enfatiza, que antes do século XVIII, o amor conjugal não era encontrado na literatura, já que o casamento era algo contratado por conveniência pelos pais ou responsável. Nessa construção social, a valorização da criança pela família e pela sociedade, e o hoje conhecido amor maternal, eram ausentes.

Dados encontrados por Badinter (1998) coincidem com os de □oler (1981), confirmando a posição das idéias de Descartes, o qual considerava a criança como um estorvo, “alguém sem juízo e por isso fonte de erro” (BRINGIOTTI, 1999, p.20).

Os estudiosos tomam conhecimento de que, em 1762, Rousseau levanta a bandeira em defesa da criança, ao publicar sua obra “Emílio”, e apresenta ao mundo a família moderna, sustentada no amor materno. Entretanto, nos primeiros tempos, quando a criança foi declarada como legítimo objeto de amor dos pais, estes encontraram grandes dificuldades em implementar seu novo papel, e são acometidos de medo e certo desconforto. Soluções encontradas para se desvencilharem daquilo que ainda lhes significava desconforto, iam desde o abandono físico ao moral, do infanticídio à indiferença (BRINGIOTTI, 1999).

Parece ser esse o momento em que desponta a percepção de que a prática de ensinar ou disciplinar seus filhos utilizada pelos pais, nada mais era do que a violência intrafamiliar contra a criança. Dessa forma, é só na Modernidade, mais ainda movida pelo racionalismo, que se vai observar, não sem encontrar obstáculos, a luta para a renovação do amor (PHILIPPE, 1997).

Ao chegarmos à Idade Contemporânea ou Pós-Moderna, continuamos a encontrar filósofos e outros estudiosos do relacionamento entre os seres humanos,

se ocupando em desvendar esse algo mais radical que o pensar, qual seja, essa força criadora essencial para as relações interpessoais (PHILIPPE, 1997).

Examinando o significado do amor presente nos distintos tipos de relacionamento interpessoal, Wheat (1999, p.47) afirma que, em qualquer idioma, o vocábulo *amor* é o mais belo e importante, porém o maior gerador de controvérsias, que ora é entendido como substantivo-sentimento e ora verbo-ação. Ele analisa esses sentidos no idioma grego, o qual “é uma linguagem muito sutil, cheia de termos modificadores capazes das distinções de significação mais delicadas”, e apresenta esse valor, assim denominado: *Epithumia*, *Eros*, *Storge*, *Phileo* e *Ágape*. Em sua maioria, os sentidos desses termos se aplicam para uma relação entre pessoas que se sentem atraídas sexualmente entre si. Entretanto, alguns deles se aplicam aos diferentes tipos de relacionamento entre os seres humanos.

O primeiro, *Epithumia*, traduz um forte desejo, algumas vezes bom e outras mau. Significa “fixar-se em, desejar”... O seguinte, *Eros*, contém a idéia de romance, é sentimental e apaixonado; nem sempre tem relação com o ser erótico. O terceiro sentido do amor, é chamado entre os gregos de *Storge*. É o que caracteriza um relacionamento confortável, de afeição natural e um sentimento de pertencer-se mutuamente. É o tipo de afeto compartilhado por pais e filhos ou irmãos e irmãs. *Phileo* traduz o quarto sentido ou tipo de amor. Ele é descrito como a atitude de querer bem, e mostrar terna afeição pelo ente amado, mas espera sempre uma resposta. Trata-se de uma relação de camaradagem, do partilhar de pensamentos, sentimentos, atitudes, planos e sonhos. Enquanto *Eros* cria amantes, *Phileo* cria amigos íntimos que têm o prazer em estar juntos. Movendo-se da esfera física para a abstrata, o autor nos leva ao quinto e último significado da palavra amor, na língua grega representado por *Ágape*. É o amor totalmente desprendido, que tem a capacidade de dar e continuar dando, sem esperar retorno ou reciprocidade. *Ágape* valoriza, serve, favorece, é praticado de modo voluntário, sem depender de sentimento (WHEAT, 1999).

Buscando compreender mais profundamente o amor, para sua operacionalização, Fromm, em 1958, publica uma teoria sobre esse tema. Ele inicia observando que a cultura influencia a formação do caráter do ser humano, assinalando que as últimas gerações das sociedades ocidentais têm sido fortemente

influenciadas pelo modelo econômico capitalista. Este modelo, ao se pautar pelos princípios da liberdade política e de mercado, como regulador de todas as relações, imprime também um caráter utilitarista às relações interpessoais, inclusive àquele sentimento, força ou elemento das relações entre pessoas que é o amor (FROMM, 2000).

É uma assertiva confirmada por Rogers (2000, p.21) que, lançando um olhar sobre a segunda metade do século XX da sociedade ocidental, ilustra o efeito das influências acima citadas na seguinte declaração:

Concordo que foi na década de 50 que as crianças perderam a inocência. Elas parecem ter sido liberadas através de música, filmes, carros e dinheiro. Nos anos 60, as crianças perderam a noção de autoridade. Durante a década da rebeldia, os jovens desafiaram cada tipo de autoridade: pais, professores, religião, governo. Mas nada substituiu aquelas autoridades, então a juventude ficou sem algo em que crer. Isto levou a uma perda da capacidade de amar nos anos 70 e especialmente nos anos 80 – a então chamada ‘década do eu’. Tendo perdido a capacidade de amar, os jovens substituíram o amor por sexo sem perceber a diferença. Nos dias de hoje, tendo perdido sua inocência, sua noção de autoridade e sua capacidade de amar, nossa juventude perdeu sua esperança. É por isso que pessoas jovens estão se suicidando. Elas perderam toda a confiança no futuro...

O que encontramos como resultado disso é uma multidão de pessoas deprimidas, vazias de sentido de vida. E, quanto maior o vazio, maiores são as dificuldades de interação com o outro, constatadas no crescente número de pessoas sofrendo de fobia social, cujas características marcante são os obstáculos para a socialização, sob qualquer forma.

Assim, decorridos três séculos da proclamação por Rousseau, de que as crianças precisavam ser amadas, protegidas e defendidas para alcançarem um desenvolvimento saudável de seu potencial (BRINGIOTTI, 1999), entraves nos níveis micro e macroestruturais têm impedido o efetivo exercício de amor entre as pessoas, mesmo dentro da família. Hoje, além do desamor ou ausência de amor nas relações interpessoais, de acordo com Santos (2002, p.22) estamos assistindo a um outro fenômeno social, uma nova forma de os jovens se socializarem, a qual resulta na “ruptura dos laços sociais [...] dilacerando o vínculo entre o eu e o outro”, configurando-se na própria expressão da violência.

Uma cultura embasada em pressupostos ocultos e tácitos sobre o amor, como esses, está presente ainda nos dias de hoje. Conjugada com outros fatores sociais, a ausência de amor ou o amor mistificado tem significado ou gerado violência contra crianças e adolescentes dentro de suas famílias.

Dessa maneira, quase que somente no alvorecer do nosso século, os cientistas da área do comportamento apregoam a dependência total da criança ao nascer, para acentuar a necessidade que ela tem do amor da mãe, embora já na metade do século XX Fromm (2000) anunciasse que, em geral, o amor materno é incondicional, cego, pacífico, e não precisa ser adquirido, não necessita ser merecido. Nessa fase, o bebê não precisa fazer nada a fim de ser amado, é uma experiência passiva. De acordo com a Teoria Interpessoal da Psiquiatria, a maioria das crianças até a idade de oito e meio a dez anos ainda não ama, ela apenas experimenta o conforto de sentir-se cuidada, valorizada, enfim, amada. O que ocorre é uma alegre e grata correspondência por ser amada (FROMM, 2000). Isto evidencia a necessidade de que pessoas significativas ensinem a criança a amar.

Em 1983, Spitz (p.302) assevera que o parceiro humano serve como um “desbravador de caminhos” no desenvolvimento mental da criança, de maneira que as relações posteriores, tanto interpessoais como as de amor, têm origem inicialmente na relação mãe-filho. Assim, se compreende que o afeto e as trocas afetivas constituem as forças e condições que fazem do homem um ser social.

Avançando nessa compreensão, Bowlby (1984, p.192) afirma que, embora ainda haja controvérsias sobre sua origem e natureza, todos os psicanalistas concordam que a primeira relação humana de uma criança é a “pedra fundamental sobre a qual se edifica a sua personalidade”. Assim, a amamentação se constitui a primeira experiência e oportunidade para a criança aprender a gostar de estar com outras pessoas.

Por volta dos últimos anos das décadas de 60 e 70, do século passado, o biólogo e cientista Maturana constrói uma teoria sobre a organização do ser vivo, que ele transporta para a organização social, anunciando que o amor é um fenômeno biológico e fundador das interações sociais (2001 a, 2001b).

Para o autor:

fenômenos sociais são fenômenos de coexistência que ocorrem quando os sistemas vivos interagem espontaneamente de forma

recorrente uns com os outros no fluir de seu viver [...] o amor consiste na abertura de um espaço de existência para um outro em coexistência conosco, em um domínio particular de interações. [...] Se o amor ocorre há socialização; se não ocorre, não há socialização, [...] o amor é o fundamento do fenômeno social, que não precisa ser justificado e, não uma consequência dele (MATURANA, 2001^a, p.43).

Dito de outra forma, ele afirma que amar é: eu aceitar o outro como um legítimo outro nas relações comigo. Entretanto, nossa dificuldade em compreender tal fenômeno, destaca o cientista, é que “queremos que o amor seja algo especial, e dizer que ele é um humilde fenômeno biológico, uma mera congruência estrutural que resulta na recorrência, não é agradável, destrói o mito” (MATURANA, 2001b, p.184).

Boff (2001, p.11), como uma voz de protesto e apoiado nas afirmações de Maturana (2001b), declara que nos seres humanos existe algo mais do que a razão fria, objetiva e calculista. Existe “o sentimento, a capacidade de emocionar-se, de afetar e de sentir-se afetado”. Hoje, reafirma o citado autor, “construímos o mundo a partir de laços afetivos [...] não habitamos o mundo somente através do trabalho, mas fundamentalmente através do cuidado e da amorosidade. É aqui que aparece o humano do ser humano” (p.12)

A relação mãe-filho é o ponto de partida para a compreensão das forças e condições que fazem do homem um ser social, as quais influenciarão suas relações humanas posteriores.

Parte dos mitos e mistérios que envolvem o amor já foi desfeita pelos pensadores que têm se dedicado a estudar esse tema, buscando desvendar o que obstaculiza aos seres humanos desfrutarem de relações interpessoais frutíferas e estimulantes.

Com o fito de obter uma aproximação da realidade, a seguir são apresentados alguns pontos fundamentais do pensamento de três autores que têm procurado aprofundar a compreensão do amor[:] Eric Fromm (2000); John Bradshaw (1997) e Leo Buscaglia (2005). Todavia, para ilustrar a aplicação desse elemento fundamental do relacionamento entre as pessoas, outros autores serão trazidos no escopo do trabalho.

Para destacar a função do amor na existência do homem, Fromm inicia mencionando o alvorecer da humanidade, com a declaração: “quando o homem nasce – a raça humana, assim como o indivíduo – é lançado fora de uma situação que era definida (...) para uma situação indefinida, incerta e exposta” (FROMM, 2000, 28).

Essa consciência de si mesmo como entidade separada, diante de sua impotência ante as forças da natureza e da sociedade, faz o homem sentir a solidão e a separação, despertando assim a ansiedade, por perceber-se desamparado. Dessa maneira, a mais profunda necessidade do ser humano é a necessidade de superar sua separação, de deixar a prisão em que está só (FROMM, 2000), possível somente através do amor.

O autor ilustra a universalidade do homem primitivo da vida em cavernas, o nômade a cuidar de seus rebanhos, o camponês do Egito, o mercador fenício, o soldado romano, o monge medieval, o samurai japonês. E também a do escriturário e do operário moderno – da fábrica ou do ciberespaço, por onde nós, seres humanos hodiernos, transitamos também, em busca de uma solução para superar a separação, nos unirmos, transcender para encontrar a harmonia.

A história da filosofia e das religiões é o registro das respostas procuradas para curar este sentimento de solidão, de cada ser humano ou da humanidade. A teoria do amor de Fromm postula que a raça humana lança mão de três meios para fugir da separação a que foi exposta. O primeiro dele são os estados orgíacos das religiões primitivas. A segunda forma de união é a baseada na conformidade com o grupo, que o leva a sentir-se pertencente ao rebanho e a salvo da terrível experiência da solidão. A terceira maneira de alcançar a união com o grupo é através da “atividade criativa”, porém “a unidade realizada na obra produtiva não é interpessoal. Dessa forma, todas essas respostas ao problema da existência são apenas parciais. “A resposta completa está na realização da unidade interpessoal, da fusão com outra pessoa”, realizada por meio da relação de amor (FROMM, 2000, p.40).

Fromm enfatiza que, ao falar de amor, ele está se referindo “a uma resposta amadurecida ao problema da existência” humana. Ele conceitua “amor amadurecido como uma força criativa no homem (...) é união sob a condição de preservar a

integridade própria” (FROMM, 2000, p.43). O amor é uma atividade, cuja motivação é o uso dos poderes inerentes ao homem, sem que importe na produção de mudança exterior. O caráter ativo do amor leva a pessoa a dar de si mesma o que “tem de mais precioso, [ela] dá de sua vida (...) daquilo que em si tem de vivo [...] sua alegria”. Ela dá seu interesse, compreensão, seu humor, sua tristeza. Isso enriquece a outra pessoa, valoriza-lhe o sentimento de vitalidade o fato de o outro valorizar em si mesmo este sentimento. Desta maneira, “o amor é uma força que produz amor” (FROMM, 2000, p.47).

Assim, para Fromm (2000, p.113), o amor é uma capacidade, uma faculdade, um poder ou ainda um atributo do caráter. Tais características correspondem às descrições do amor ágape, feitas pela enfermeira Travelbee (1979); pelo administrador Covey (1989) e pelo médico Wheat (1999). No pensamento desses autores, o amor é ação e não emoção; portanto é um verbo, e o sentimento amor é um fruto do verbo amar. Ele se concentra no que faz e não no que sente. Ágape é um amor inteligente e hábil que se ocupa sempre em fazer o que é melhor para o ente amado. Ele ama, sem levar nada em conta. Por menos digna de amor que a outra pessoa pareça ser, ágape pode continuar fluindo. O amor ágape é incondicional, é uma atitude mental baseada numa opção voluntária da vontade, sem esperar a reciprocidade, nem temer a indiferença ou rejeição. Então, o amor é o compromisso que liga, aproxima e comunica as pessoas.

Para Fromm (2000, p.49), o aspecto primordial do amor é seu caráter ativo, que significa “cuidado, responsabilidade, respeito e conhecimento [...] o cuidado mostra que amor é preocupação ativa pela vida e crescimento daquilo que amamos” que, na sua essência, corresponde aos elementos básicos necessários nos relacionamentos harmoniosos. Responsabilidade é um ato voluntário para atender as necessidades do outro, expressas ou não, e significa ter capacidade para responder (COVEY, 1989). Já o respeito entra para que a responsabilidade não se corrompa em dominação e possessividade. Antes ele significa “a capacidade de ver uma pessoa tal como ela é, ter conhecimento de sua individualidade singular, preocupação de que a outra pessoa cresça e se desenvolva como é”. Portanto, o amor assim significa ausência de exploração, pois: se amo a outra pessoa, sinto-me um com ela, mas quero que cresça por si mesma, por seus próprios modos, e não

para servir-me (FROMM, 2000, p.49). O conhecimento como elemento do amor é movido pelo cuidado e leva ao âmago do ser amado na ânsia de conhecer o segredo do homem, sem usar de crueldade ou possessividade.

Fromm (2000, p.71) enfatiza que o “amor não é uma relação para com uma pessoa específica, é uma atitude, uma orientação de caráter que determina a relação de alguém para com o mundo como um todo, e não para com um objeto de amor”. Mas o problema da humanidade é que a maioria crê que o amor é constituído pelo objeto, e não pela faculdade, capacidade ou disposição, para amar. Desvelar esse viés ou mito é um das contribuições desse estudioso do amor.

Por não se estar consciente de que o amor é uma atividade deliberada, acredita-se que tudo quanto é necessário é encontrar o objeto certo – e tudo o mais irá bem por si, depois. O autor ainda assevera que, apesar de ser o amor uma orientação que se refere a todos e não a um, não significa que não haja diferentes tipos de amor, cujos tipos dependem da espécie do objeto amado (FROMM, 2000). Assim, a contribuição de Fromm (2000) foi desmitificar o amor, isto é, desfazer o mito, as idéias irrealis de que ele é algo que não precisa ser aprendido e que amar é fácil.

Conquanto Fromm tenha escrito essa teoria no início da segunda metade do século passado, sua orientação para a prática continua sendo endossada por outros autores como Bradshaw (1997) e Buscaglia (2002).

Não sem encontrar resistência dentro de uma universidade americana dos anos 60, no século XX, o educador Buscaglia (2002, p.17) incumbiu-se, juntamente com seus alunos, de participarem da renovação do amor na vida cotidiana das pessoas. Verificaram que até aquela época o amor fora sistematicamente ignorado pelos cientistas, mas, a partir dos anos de 1970, tornou-se justificável usar a palavra amor como algo concreto e sua importância para a vida foi sendo reconhecida.

À constatação perplexa de Buscaglia (2002) de que o amor é “algo de que todos necessitamos, algo que estamos sempre procurando e não existem cursos...”, Bradshaw (1997, p.18) também oferece uma explicação, pautada pela história do Gênesis. Ele elucida o desamparo do ser humano, ampliando que a “queda da humanidade” desdobra-se em quatro relacionamentos rompidos: 1. Com Deus; 2. Com o outro; 3. Entre o casal; 4. Com o mundo.

Procurando sanar a sensação de desamparo que o rompimento desses relacionamentos resultou para o ser humano, este tem lançado mão de formas misteriosas de amor para cobrir esse fosso. Surge assim o amor mistificado, aquele envolto em mistério, inalcançável para seres humanos, frustrando sua expectativa de lograr a plenitude da vida.

Em geral, os autores que têm estudado o amor visam ajudar as pessoas – adultos, jovens e crianças de hoje, os pais, profissionais e cidadãos de amanhã – a perceberem os mitos e as mistificações que envolvem o assunto para, a partir desse ponto, decidirem aprender a amar, a fim de terem um viver amoroso em todas as instâncias da vida humana.

Analisando uma antologia de 19 textos filosóficos sobre o assunto em pauta, por todas as épocas da história, Schoefplin (2004) apresenta algumas teorias sobre o amor e as organiza em quatro grandes categorias de pensadores.

A primeira categoria desvela que embora os estudos, induzidos por motivações, sensibilidades, lógicas e concepções de mundo e da vida, distintas, todos percebiam o fascínio do amor. A segunda categoria é representada por uma minoria de filósofos que, apesar de reconhecerem seu fascínio pelo assunto, consideram “o amor uma realidade inexistente, ilusória [...] ou uma experiência inalcançável” para o ser humano. Já na terceira categoria estão os filósofos que defendem a existência do amor imputando-o como um valor positivo, mesmo que numa dimensão exclusivamente humana. Constituem a quarta categoria, encontrada por esse autor, os filósofos que se referem exclusivamente à dimensão divina do amor. Entretanto, seus defensores afirmam que o amor é “instrumento essencial para a construção das relações entre os seres humanos” (SCHOEFPLIN, 2004, p.11).

Assim, os estudos sobre o amor mostram os vários desdobramentos e as modificações pelos quais ele passou ao longo dos últimos 2500 anos. Dessa forma, a diversidade de teorias sobre o amor, ao longo do tempo, resultou na construção de um mosaico de beleza extraordinária (SCHOEFPLIN, 2004).

Mas, além de sua beleza, hoje se conhece também o valor terapêutico do amor, conforme declara Maturana:

É porque somos seres amorosos que nos preocupamos com o que acontece aos outros. É porque a biologia do amor e da intimidade

constitui as dimensões relacionais que definem nossa linhagem é que adoecemos em qualquer idade, quando houver interferência com o nosso viver no amor. É porque a biologia do amor e da intimidade constitui as dimensões relacionais, que definem nossa linhagem, que o amor é o primeiro remédio (2001, p.84).

3.3 O CUIDADO AMOROSO DE ENFERMAGEM: um bálsamo para a criança e o adolescente que sofreu violência intrafamiliar

A Enfermagem, como prática social que cuida de pessoas nos mais distintos momentos de seu processo de viver, tem estreita relação com a necessidade de amor dos seres cuidados.

Watson (2005) aponta que, nas três últimas décadas, a disciplina da Enfermagem criticou, revisou conhecimentos, pressupostos, teorias, filosofia e ética da sua prática. A autora entende que esse movimento reflete a existência de algo encoberto, silente e intocado. Todavia a emergência de novas perspectivas de agendas de pesquisa científica contemporânea poderão possibilitar sua descoberta.

Relata a autora que, no seu livro “Ciência do Cuidado: como ciência sagrada”, ela está apresentando muito de sua própria experiência. Se a academia não tolera-lo, ela espera que seja útil para a esfera pessoal das enfermeiras.

Assim, as conquistas logradas nas lutas pelos seus direitos, levam hoje o ser humano a querer ser tratado com dignidade, ter seus sentimentos e individualidade levados em conta, e não mais tratados de forma massificada ou indiferente (CARRARO, 2002).

É no dia-a-dia da prática da Enfermagem que percebo o espaço para o resgate do amor no cuidado contemporâneo, já que no passado ele esteve presente em sua prática, mas com as mudanças na sociedade e o passar do tempo, foi se ausentando ou enfraquecendo, conforme as mudanças ocorridas na cultura. Hoje, porém, a comunidade acadêmica, ao reconhecer as bases filosóficas desta profissão-disciplina, legitima o amor também e (re)abre espaço para ele e incentiva a oferta de um cuidado amoroso ao usuário de seus serviços.

Acreditando que o amor é fundamental em todo momento da existência humana, e, que ele é exacerbado ainda mais nas situações de desequilíbrio no

processo saúde-doença, Valverde (1997, p.89) criou um modelo conceitual amoroso de Enfermagem para assistir adolescentes grávidas.

Fazendo uma análise teórico-filosófica e alinhando os componentes do amor, tanto sob o prisma da ciência tradicional quanto ciências humanas, a autora percebe que “ambas possuem fundamentos para sua implementação na Enfermagem” (VALVERDE, 1997, p.87), inclusive para a clientela como a criança ou o adolescente que sofreu violência no interior de seu lar.

As mudanças naturalmente ocorridas na transição da infância para a adolescência implicam em um período instável e cheio de incertezas quanto a um futuro desconhecido. O adolescente que sofreu violência intrafamiliar na infância poderá apresentar maiores dificuldades para o enfrentamento de tais mudanças, assim como para o estabelecimento da sociabilidade, devido ao estado de congelamento a que suas emoções foram lançadas durante os eventos violentos vivenciados (BRADSHAW, 1997) e que, provavelmente, influenciaram seu desenvolvimento. Isto está retratado na declaração de Spitz (1983, p.262):

A indigência dessas crianças traduzir-se-á na aridez das relações sociais do adolescente, privados do alimento afetivo que lhes é devido, seu único recurso é a violência, o único caminho que lhes permanece aberto é a destruição de uma ordem social, da qual são vítimas. Crianças sem amor terminarão como adultos cheios de ódio.

Psicólogos, antropólogos e sociólogos observam que os aspectos traumáticos e destrutivos da experiência do nascimento podem ser revertidos, se a criança tiver contato afetivo com os pais. Salientam que isso dá segurança e alivia o alto grau de ansiedade que acompanha o nascimento e o início da jornada em um mundo desconhecido. O problema é que poucos pais se preparam para serem pais de crianças, adolescentes ou jovens (PESSANHA, 2002). Assim, alguns pais ignoram que, ao estarem subestimando a relação amorosa com os filhos, podem estar dando espaço à violência.

Maia et al. (2003, p.50) enfatizam que na atualidade:

podemos observar as conseqüências do não cuidar como a desestruturação da família, o agravamento da violência, guerras, devastação da natureza, acidentes ambientais, entre outros. Tudo isso contribui para que o estudo e a compreensão do cuidar humano e a consciência e atitude ativa diante de todas as formas de não cuidado

com o ser humano, a natureza e o planeta do cotidiano da ação dos profissionais de saúde...

Crianças ou adolescentes vítimas de violência intrafamiliar têm cicatrizes invisíveis, as emocionais, mas que doem e interferem no estabelecimento de suas relações interpessoais e, às vezes, causam maior sofrimento do que as feridas externas. Podem ser feridas abertas há muito tempo, que estão escondidas sob uma espessa crosta. A remoção desta crosta é difícil e dolorosa, mas inevitável para se lograr algum grau de superação da violência. Todavia, o sofrimento causado por essa remoção pode ser mitigado pelo cuidado amoroso da enfermeira, representando o bálsamo que vai molificando a camada endurecida da superfície.

Para algumas vítimas, essa poderá ser a primeira vez que vivenciam o amor através do acolhimento livre de preconceito, de reticências psicológicas. Poderá ser o ouvir atento expressando que se importa com a pessoa que está diante de si, assim como a ação que transmita valorização, seu interesse em ajudá-lo a crescer, respeitando seus direitos e decisões. Ela deixa para trás atitudes de querer se apropriar das decisões do outro, trocando-as pela consideração à individualidade, dignidade e vida da vítima.

Tal como a violência, o amor sofreu mudanças ao longo da história. Houve época em que o amor foi visto apenas sob o aspecto idílico, noutra passional, e ele foi desprezado, negligenciado e até desvalorizado por não apresentar valor de troca e, por isso, julgado sem utilidade alguma nos dias atuais. No entanto, a humanidade hoje ainda sente que o amor é necessário, por ser uma força criadora e instiladora de responsabilidade, pela própria vida e a de outros. Num movimento inverso, se observa que, à medida que o amor torna-se escasso nas relações entre as pessoas, a violência manifesta-se, nem sempre de maneira visível, porém sempre pernicioso.

Embora o amor tenha sido vivido, visto e se transformado de distintas maneiras ao longo da história, ele continua sendo elemento vital para o pleno desenvolvimento e manutenção da saúde dos seres humanos, a julgar pela preocupação da filosofia, psicologia, artes, teologia e, mais recentemente a medicina, as quais vêm confirmar a função do amor para que as pessoas possam desenvolver seu potencial. Siegel (1989) previu que se chegaria a um tempo em que a medicina terá que prescrever “1 abraço de 3/3 horas”.

Partindo de suas observações, Matura^{aa} (2002a, p.66) enfoca a importância do toque humano:

Nós, os seres humanos modernos, somos animais sensuais. Acariciamo-nos tocando com palavras, e desfrutamos da proximidade e do contato corporal. As crianças evocam em nós um bem-estar fisiológico seja por nos acariciarmos com palavras, tom de nossas vozes, com nosso olhar, ou com as mãos e o corpo. Em nós a mão é, por assim dizer, um órgão de carícias e o tocar de nossas mãos é fisiologicamente terapêutico.

Se o amor é vital para o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes, quanto mais não será para aquelas que são vítimas de violência intrafamiliar. Estas, além de não terem a modalidade adequada de amor para o seu desenvolvimento e crescimento, ainda são feridas no físico e na alma, ao terem quebrada a inocência e sentimento de criança pela violência, em diferentes expressões. Se esses seres humanos, ao menos durante os cuidados ofertados pela enfermeira, não puderem experimentar o que é ser amado, pouca esperança haverá para sua recuperação e reinserção social.

Mesmo este sendo um trabalho que se propõe a apresentar o amor como componente do cuidado de Enfermagem, ele não apresenta um rol de ações que traduzam amor. Apesar de autores aqui apresentados afirmarem que o amor pode ser aprendido, asseguram que não há um método de como ensinar o outro a amar, e sim para incentivá-lo a criar o amor a partir de si mesmo (BRADSHAW, 1997).

O amor é um fenômeno que não se permite deixar apreender por palavras definidoras, ele só pode ser vivido. A delicadeza do amor faz com que só tenhamos vislumbres dele através de parábolas, metáforas, canções ou símbolos. É preciso deixar de procurar o amor em imagens idealizadas – as mistificadas (BRADSHAW, 1997, p.253).

Os autores aqui discutidos simbolizam o amor pelo valor que todos nós temos por sermos seres humanos, traduzido na idéia de dignidade, do direito a ser valorizado, uma percepção que é afetada frente ao fenômeno da violência intrafamiliar. É a perda da noção desse valor agregado à sua pessoa que destrói a identidade, o auto-respeito, a esperança no alcance de seus sonhos e produz sofrimento na criança ou no adolescente vitimados. Por esta razão, Bradshaw (1997, p.177-179) afirma que, criar o amor em si, nada mais é do que despertar a

consciência desse valor que um dia a criança, adolescente ou adulto teve sobre si. Ele ainda enfatiza que, para isso, é preciso “trabalho duro e coragem, o amor [...] é um processo, e muitas vezes ambíguo e tempestuoso”. As enfermeiras podem ajudar esses seres em desenvolvimento, que procuram o serviço de saúde a vislumbrarem em si valores que formam o amor de si, e juntos celebrarem a vida, porque aprender a amar é reconhecer esse valor que é inerente ao ser humano, e que não se perdeu só porque foi aviltado por outro. Sintetizando, ele afirma que a pessoa já tem o que quer e precisa, dentro de si. Com auxílio de alguém e utilizando a imaginação, se poderá criar o amor de si.

Segundo Buscaglia (2002, p.17), mesmo que o amor até há pouco tenha sido ignorado pelos cientistas, ele ressalta-o como um fenômeno que se aprende, e que o amor é um modificador de comportamento. Do curso sobre este assunto que ministrou por anos numa universidade americana, enfatiza o autor: “é claro que não ensino o amor, simplesmente facilito o progresso no amor”. No momento em que alguém escolher o amor, seu poder o tornará ativo, forte, sutil, inteligente, flexível, sensível, compreensível, tolerante, sábio, corajoso, pois essas qualidades já são parte de seu potencial. Fazê-las crescer só depende de você, conclui o pensador.

Valverde (1998, p.69) ressalta que:

o amor esperado na assistência de Enfermagem passa também por uma revisão estrutural do contexto da assistência de modo que os Seres, o que cuida e o que é cuidado, possam ambos estarem na sintonia amorosa que o cuidado de Enfermagem aqui refletido requer.

Dessa maneira, as relações vivenciadas pelos trabalhadores dos serviços de saúde, e mais especificamente os de Enfermagem, naturalmente podem integrar o amor em suas ações, pois como ele é reconhecido atualmente, pode também ser considerado um instrumento da Enfermagem, já que sua prática só acontece na presença de relações interpessoais, as quais serão grandemente facilitadas, se mediadas pelo amor.

O amor a que se faz referência neste estudo não significa apenas ter comiseração da vítima ou do agressor, imobilizando-se depois de ter passado os momentos iniciais de estorrecimento. Porém, é aquele amor que acolhe uma criança ou adolescente que sofreu maus tratos de pessoas que deveriam tê-los amado e protegido, que despertam sentimentos negativos nos profissionais que, ainda assim,

prestam-lhes um cuidado amoroso. Significa um agir competente, responsável, sensível e criativo, conjugando, a um só tempo, elementos da ciência e da arte no cuidado amoroso de Enfermagem.

Alguns cuidados de Enfermagem compreendem ações que ocupam espaço e tempo maior, e requerem a utilização de algum instrumental – são ações visíveis. Todavia, existem aquelas ações que somente encontram lugar e hora no momento único da interação entre a enfermeira e o ser humano cuidado. É impossível prevê-lhes uma modalidade de apreendê-las com lugar e hora de sua oferta.

Souza et al. (2005, p.269) salientam que, ajudar o outro buscando soluções para seus problemas, é prática da maioria das sociedades ao longo dos tempos, e que permanece válida até o presente, consistindo no conteúdo básico de cuidado de Enfermagem. Segundo as autoras, esse cuidado pertence a duas esferas distintas: “uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser”.

No entanto, a despeito desses conhecimentos teóricos e filosóficos sobre o cuidado, Collière (1999, p.292) afirma que:

o campo de competência da Enfermagem ocupa um lugar intermediário entre o cuidar e o tratar. Pode compreender-se que não é um lugar fácil de ocupar, tanto mais que o cuidar, por ter sido percebido como dependendo de boa consciência e não da conscientização dos fenômenos em presença numa situação, se tornou o refúgio da ação de cuidados. Exigindo o desenvolvimento de numerosas capacidades de percepção, de compreensão, de esclarecimento da informação, bem como de engenho, de invenção, de criatividade, o cuidar é, a maioria das vezes, vivido como uma atividade subdesenvolvida, inferiorizada, portadora, ainda de estigmas do papel moral, de uma ação doméstica ultrapassada, ou sofrendo da ignorância

Se isso tem relação com o cuidado em geral, não é diferente para o cuidado à criança e ao adolescente vítimas de violência intrafamiliar. Há aqui um véu a ser retirado de sobre o cuidado prestado pelas enfermeiras à criança ou ao adolescente.

É preciso lembrar que “cuidar é agir sobre o poder de existir, permitindo a este mobilizar-se, desenvolver-se, utilizar-se, ou levando-o a imobilizar-se, a contrair-se, a reduzir-se, pois o cuidado veicula poder, o qual pode ser redutor ou libertador” (COLLIÈRE, p.311). Se a enfermeira se deixar submeter-se pela técnica, ela estará impedindo a criação do amor. Assim, penso que o cuidado amoroso ou

revestido de amor vai suscitar na vítima a criação do amor, o equivalente à mobilização de forças interiores que, a depender da forma como se lida com o poder dentro da relação do cuidado, será uma ação de cuidado ou de descuido.

Nesse sentido, o cuidado de Enfermagem prestado à criança ou adolescente vítima de violência intrafamiliar se insere num modelo de cuidado que vai além de técnicas e procedimentos. Tais procedimentos podem ser requeridos, mas não dispensam o estabelecimento de uma relação com o outro para cuidá-lo em sua fragilidade exposta, um cuidado que leve em conta o ser humano como um todo, sem olvidar-se de que ele é um cidadão do universo. O cuidado à clientela alvo deste estudo envolve muitos símbolos, os quais requerem a atuação, tanto da mente racional quanto da emocional.

Dessa forma, um dos tributos do trabalho de Bradshaw (1997, p.17) para o cuidado de vítimas de violência intrafamiliar é mostrar que a experiência da violência cria um estado congelado e alienado de amor, resultando na sua mistificação. Embora tal congelamento traga efeitos prejudiciais ao estabelecimento de relações interpessoais saudáveis na adolescência e vida adulta, o autor esclarece que a sua ocorrência, na época da vivência violenta, é o que permite a sobrevivência da vítima.

As potencialidades da criança para amar, ser feliz, utilizar sua razão e dons artísticos são sementes que crescem e se tornam manifestas, se forem dadas as condições adequadas a seu desenvolvimento, e elas secam, se estas condições estiverem ausentes (FROMM, 2000). E uma dessas condições é a de que a pessoa que tem significação para a vida de uma criança invista nessas potencialidades.

Porém, crianças ou adolescentes que chegam ao serviço de saúde na condição de vítimas de violência intrafamiliar, certamente não têm disponíveis algumas das condições citadas. Essa é a oportunidade em que, uma enfermeira sensível, acolhendo-a com empatia, poderá estar estabelecendo o início da criação do amor. Entendendo empatia como “a capacidade de perceber a experiência subjetiva do outro” (CARRARO e RADÜNZ, 1996, p.50), a profissional ouve, permanece junto, manifesta sua disponibilidade em ajudar, expressa que vê valor na pessoa da vítima e que se importa com sua vida.

Reforçando esse meu pensamento, trago a declaração de Valverde (1998, p.69):

Se o amor tem sido característica primordial no cuidado de Enfermagem, o ponto de partida e de chegada da enfermeira com o paciente precisa ser uma manifestação amorosa, que demonstre não só seu interesse, mas também sua compaixão amorosa, a sua compreensão da dor, da saúde e doença e dos valores do outro frente a realidade técnico-assistencial e dos compromissos com a evolução do saber. Por isso mesmo há conflitos e dilemas entre o amor e as condições nas quais se pode manifestá-lo pelas controvérsias sociais, pessoais e profissionais.

O cuidado amoroso aqui proposto está de acordo com iniciativas globais da humanização, e o Brasil faz-se presente entre os países representantes dessa luta. Percebe-se um movimento no retorno à valorização do amor, através dos vários movimentos direcionados à re-humanização dos serviços de saúde, com sua efetiva operacionalização, ainda que seja através de instrumentos normativos.

O Plano de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) é uma ação do Ministério da Saúde que objetiva resgatar o respeito e a dignidade do ser humano, a valorização de suas crenças e estilo de vida do usuário, sua subjetividade e cidadania, através de ações denotando o retorno ao cuidado humanizado (BRASIL, 2001b). E assim este cuidado humanizado guarda muitas características do amor presente no cuidado, ou seja, do cuidado amoroso...

É um cuidado em que vislumbro a re-alocação do amor nas ações junto aos usuários dos serviços de saúde, independente de sua condição no processo de viver. Dessa forma, nos dias de hoje, o fazer profissional de Enfermagem também pode e deve estar imerso no amor requerido em suas ações, nos distintos contextos de prática dessa disciplina.

Assim, ao refletir sobre o cuidado e o amor, percebo que ora eles se justapõem e ora se tornam imbricados, conforme expressam Maia et al. (2003, p.50):

Em uma relação de cuidar o profissional de saúde exprime e compartilha seu conhecimento, sua sensibilidade, sua habilidade técnica e sua espiritualidade, elevando o outro, ajudando-o a crescer. O outro, em sua experiência genuína, acrescentará e compartilhará o seu ser, o seu conhecimento, seus rituais, suas características que auxiliaram no processo transcendente de cuidar, contribuindo desta forma no processo de atualização do profissional de saúde, no seu aprimoramento, no seu vir a ser mais.

A reflexão sobre o não cuidar e suas conseqüências, leva-me a acreditar que o cuidado amoroso de Enfermagem seja um bálsamo frente ao fenômeno da

violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente, uma vez que a ausência de cuidado a esses seres em condição peculiar de desenvolvimento configura-se não apenas num descuido mas, em uma forma de violência contra os mesmos.

Embora seja direito de todo ser humano nascer, ser socializado e viver num ambiente tranqüilo, seguro e amoroso, a fim de crescer e se desenvolver adequadamente, chama a atenção que a violência intrafamiliar, como um fenômeno universal e endêmico, assim ocorra sem distinção de raça, classe social, gênero ou religião, roubando-lhe esse direito. Dessa maneira, o próprio agir do usuário dos serviços de saúde reconhece e legitima que o amor é o amálgama das relações entre as pessoas, inclusive durante a atuação da Enfermagem.

Os autores asseguraram que não há como ensinar o outro a amar. No entanto, numa tentativa de materializar essa força criadora tal como os gregos definiram o amor, que Fromm denomina de atitude de caráter, e Bradshaw (1997, p.250) trata de “criação do amor”, eles são unânimes ao enfatizarem que não há como amar o outro, se antes cada ser humano não tiver amor por si.

O cuidado amoroso aqui proposto é um cuidado exequível, prático, mas que não perdeu a delicadeza e o poder de transformar vidas. É o amor simbolizado no cuidado que valoriza o outro, atento a minimizar o sofrimento da vítima do fenômeno da violência intrafamiliar que busca ajuda no serviço de saúde, e encontra uma enfermeira pró-ativa e empática, ao se comprometer com a dor do outro, exercendo as dimensões social e política da profissão. Ali, embora alguns acreditem que o amor tenha sido esquecido, desgastado, desmoralizado ou banalizado, hoje a academia aceita os movimentos de (re)conhecer a necessidade de se aprender ou (re)aprender a amar, a fim de que a vida da humanidade possa prosseguir sobre a terra. Pois à violência, como força destrutiva, o amor se contrapõe, oferecendo-nos sua força criadora e modeladora da sociedade.

Como Maturana (2001, p.25b), também acredito que o bálsamo para o cuidado amoroso à criança e adolescente vítima de violência intrafamiliar está na:

Aceitação do outro como legítimo outro na convivência [...] emoção central na história [...] condição necessária para o desenvolvimento físico, comportamental, psíquico, social e espiritual normal da criança, assim como para a conservação da saúde física, comportamental, psíquica, social e espiritual do adulto [...] nós seres humanos nos originamos no amor e somos dependentes dele. Na

vida humana a maior parte do sofrimento vem da negação do amor: Os seres humanos são filhos do amor [...] Na verdade, eu diria que 99% das enfermidades humanas têm a ver com a negação do amor. E nega-se o amor ao nosso próximo porque muitos de nós não aprendemos amar. Paradoxalmente, a despeito de existir a necessidade de amar e ser amado não existe receita pronta para se ensinar a amar, o que existe são as condições para quem se dispuser a correr riscos de se expor, de parecer estranho, de se decepcionar com os outros, mas, ainda assim vale a aventura de querer aprender amar.

Apesar de Pieper (1992) lembrar que não se pode exigir amor no âmbito de um contrato de trabalho, hoje vemos estudos considerando o amor um instrumento útil nesse contexto, como o de Sanders, tratando o amor como a melhor “estratégia” (2004), reafirmando assim que ele sempre fez parte da condição do ser humano.

Todavia, a enfermeira só pode ajudar a vítima – como diz Bradshaw (1997) – a criar o amor a partir do amor de si. Pressupondo que a enfermeira tenha amor por si, ela estabelecerá uma ponte com a criança ou o adolescente vítima de violência intrafamiliar. Numa atitude que transpire amor, calorosa, constituindo um bálsamo, o qual ajudará a degelar o estado emocional congelado para dar partida na criação do amor da criança ou adolescente, por si.

Para que a enfermeira possa ainda celebrar: “Que bom que você existe [...] que maravilha que você esteja no mundo”, traduzido por atitude comprometida, protetora e instiladora de esperança para essa criança ou esse adolescente que buscar seu cuidado, certamente ela terá que antes cuidar de si, ou seja, amar a si, para então poder ofertar o cuidado que eles necessitam.

Uma vez derretido esse gelo ou removida a crosta que impedia a vítima de emocionar-se, as atitudes amorosas ou o amor impregnando o cuidado prestado pela enfermeira, com o apoio de outros profissionais, essas pessoas terão, não só seu sofrimento aliviado, mas também renovada sua esperança para trilhar o caminho da realização de seu processo vital.

O amor torna as pessoas amadurecidas e responsáveis porque, ao cuidarem de si e do outro, estão levando em conta as conseqüências de seus atos, para si e para o outro, o que denota um cuidado ético e amoroso (MATURA^a, 2001a).

Diante de tudo o que foi exposto, fica evidente que a necessidade de amor em todo ser humano é algo indiscutível, assim como a possibilidade de ele ser considerado como integrante do cuidado de Enfermagem.

Nesta direção, Maia et al. (2003, p.50) ressaltam:

O resgate do sentido do cuidado e da busca de uma nova postura e atitude civilizatória entre os povos, prescinde de uma reflexão profunda do que seja o humano nas relações e quais seriam os elementos indispensáveis para este momento de ressignificação de nossas altitudes, comportamentos e ações em relação a si próprio, ao outro e a natureza. Uma nova visão do cuidado humano permeia todos os cenários do cuidar, afetando todos os níveis da sociedade e saúde humana pessoal e global, micro e macro, individual e planetário. Assim, o que deve sustentar o cuidar humano são novos valores, conhecimentos e práticas e uma missão global de sobrevivência da humanidade.

Está acorde com meu modo de pensar, a afirmação de Jean Watson:

então, dentro desse referencial teórico de cuidado e amor, nós temos agora novo chamado a retomarmos aquilo que reside profundamente dentro de nós e entrecruza-se com o foco deste tempo e lugar para revelar o amor latente em nosso trabalho de cuidado, bem como conectar-nos com filosofias contemporâneas que convidam ao amor e o cuidado por meio de nossa ética de ser/sendo” (2005, p.181, tradução nossa).

Concluindo, quer sejam as ações de cuidado objetivo ou subjetivo, como classificam Souza et al. (2005); quer sejam elas embasadas nos princípios de cuidar apontados por Maia et al. (2003); ou ainda nas dimensões do cuidado apontadas por Neves (2002), ou mesmo utilizem outro dos muitos referenciais de cuidado existentes – na realidade contemporânea, mas também frente ao fenômeno da violência intrafamiliar contra criança e adolescente, é premente que a enfermeira desenvolva sua prática de Enfermagem permeada pelo cuidado amoroso.

4- O INTERACIONISMO SIMBÓLICO CONDUZINDO A REFLEXÃO

Este capítulo se destina a apresentar um sistema de afirmações teóricas, para subsidiar a descrição da realidade do cuidado amoroso prestado por enfermeiras a criança e o adolescente vítimas de violência intrafamiliar, sustentado na teoria social do Interacionismo Simbólico.

4.1 Visitando os Antecedentes Históricos do Interacionismo Simbólico

As portentosas transformações pelas quais passava a sociedade da segunda metade do século XIX, decorrentes da ascensão da ciência moderna, e fermentadas pelas revoluções industrial e Francesa, inquietaram algumas pessoas. Charon, (2002) relata que, na época, vários pensadores europeus envolveram-se num movimento que buscava algo mais que quantificar e explicar os fenômenos resultantes daquelas transformações, propiciando assim o nascimento da sociologia.

Com esta nova ciência, a saber, a sociologia, eles almejavam compreender o ser humano no convívio com outros, examinando as interações, os padrões sociais – criados pela sociedade – que balizam esse convívio, e como se estabelece o processo de aquisição de tais padrões. Na virada do século XX, a influência desses pensadores clássicos europeus é levada aos Estados Unidos e, rapidamente, assume uma feição tipicamente americana (CHARON, 2002, p.13).

Por volta de 1920, os sociólogos americanos Charles Horton Cooley (1864-1929), W. I. Thomas (1863-1947) e George Herbert Mead (1863-1931) dedicam-se a pesquisas científicas e à elaboração de teorias, por acreditarem “que o estudo dos seres humanos não pode ser conduzido da mesma forma que o estudo das coisas” (LITTLEJOHN, 1988, p.67).

Com o passar dos tempos, a ciência que estuda a vida social sofre transformações e, em cinco décadas, surgem três tendências. A tendência da sociologia que quer saber como funciona a sociedade, como a ordem é estabelecida

e como atuam as diversas partes da sociedade é conhecida como a funcionalista, e é a que inaugura a sociologia propriamente dita. A partir da década de 60 do século passado, a sociologia especializa-se por áreas, surgindo assim a sociologia da família, e a da mobilidade social, entre outras, resultando na segunda tendência, chamada de sociologia do conflito, crítica ou radical. Karl Marx, na Europa, e Wright Mills, nos Estados Unidos, são influentes representantes dessa macrossociologia, também assim chamada.

Os sociólogos do conflito apontam importantes questões sobre a sociedade e a lealdade da ciência, por exemplo. Já os sociólogos da tendência das especializações, conhecidos como especialistas científicos, concentram-se às vezes no nível macro e outras no micro, das instituições sociais.

No final da década de 70 e início da de 80, do último século, emerge a terceira tendência, acentuando o crescente interesse nas interações face a face, socialização, comunicação e manutenção de padrões sociais em pequenos grupos, apresentação do eu (*self*) a outros em diversas situações, linguagem, identidade, papéis, entre outros. Esse interesse nas interações de pequenos grupos, numa abordagem face a face constitui a microssociologia, chamada por estudiosos adeptos da área de Interacionismo Simbólico (CHARON, 2002).

Esses cientistas sociais referem que os seres humanos nascem inacabados. Para eles, chega-se ao mundo preparado para fazer muito pouco, pois acreditam que o comportamento humano é aprendido. O ser humano resulta da interação com outros e, à medida que é socializado na família e na escola, aprende os costumes da sociedade. Esses se tornam os seus costumes, e é assim, em parte, que o ser humano começa a perceber que uma certa ordem é possível. Tal interação continua por toda a vida, e essa é a razão pela qual as pessoas mudam constantemente. O ser humano muda na proporção que conhece novas pessoas e adota novas regras e idéias (CHARON, 2002, p.6).

Apesar de Cooley, Thomas e Mead terem pensamentos em comum sobre a concepção da sociedade como processo, indivíduo e sociedade, intimamente relacionados, e considerarem a subjetividade do comportamento humano, foi a obra de Mead que trouxe maior contribuição para a conceptualização da perspectiva interacionista (HAGUETE, 2001). É a esse pensador que se deve a inovação para a

compreensão do comportamento humano, por introduzir a idéia de que este é um organismo ativo. Para ele, a despeito de os seres humanos nascerem inacabados, todos fazem coisas, agem, e reagem ao mundo à sua volta graças às ações ocorridas entre o indivíduo e ele mesmo, ou entre ele e outro, através da interação. Muitas pessoas crescem sem se dar conta da existência da força que emana dessas interações, tampouco que elas cerceiam a liberdade e individualidade dos seres humanos.

Explicando a natureza social do ser humano Charon (2002, p.28) afirma:

Assim como nossa herança biológica influencia o que fazemos, também essas forças reais que existem lá fora exercem influência sobre nossos atos. Do mesmo jeito que existe uma realidade física e psicológica também existe uma realidade social, uma nova força adicional que emerge da interação dos indivíduos.

A Mead é atribuído o esforço de ter logrado demonstrar que a mente e o “eu” são emergentes sociais e que a linguagem, na forma de gesto vocal, proporciona o mecanismo para a sua emergência. Ele avançou para além do limite até onde os evolucionistas tinham chegado ao apresentarem o impulso e a racionalidade. Porém, permanecia ainda uma brecha para se chegar à conduta humana (MEAD, 1993).

Assim, o esquema de Mead interpõe, entre os fatores que iniciam a conduta e a ação humana, uma auto-interação simbólica dirigindo a atenção para o processo da formação da conduta. Dessa maneira, a ação é concebida como uma conduta construída pelo ator, em vez de ser uma resposta obtida a partir de certo tipo de organização pré-formada nele (MEAD, 1993).

A despeito da relevância que os estudos de Mead têm, sua obra só foi publicada postumamente em 1934, por editores que compilaram suas palestras, aulas e notas de estudantes. De acordo com Haguette (2001), foi Blumer, um de seus seguidores, quem buscou tal sistematização, ao discutir de forma capaz de representar com clareza os aspectos essenciais do Interacionismo Simbólico. Foi ele quem cunhou aos pensamentos de Mead o nome de Interacionismo Simbólico e, até as décadas de 50 e 60 do século XX, foi um dos seus principais representantes. No final dos anos 70 e início dos 80, do século passado, Blumer começa a ser criticado por outros estudiosos, dentre os quais destaca-se Anselm Strauss. Da crítica ao

trabalho de Blumer resultam outras vertentes do interacionismo, sendo a dramaturgia social de Ervin Goffman uma delas (CHARON, 1989).

Apesar da crítica, o Interacionismo Simbólico, fundado nas idéias de Mead e continuado nas de Blumer, como corrente teórica, ele estuda a ação humana, definindo-a como uma unidade formada por vários conceitos como: interação simbólica, assunção de papéis, significado, *self*, mente, entre outros, e segue sendo utilizado por alguns. Segundo Haguette (2001), Blumer acreditava que a realidade social não pode ser percebida através dos conceitos definitivos, mas, sim, ao expressar o caráter processual da realidade.

Assim, Blumer (1969, p.2), procurando ser fiel ao pensamento de Mead, apresenta e discute importantes aspectos da interação, ocorrida através de símbolos, cujos pontos fundamentais são representados em três premissas básicas:

1. *O ser humano age em relação às coisas baseado nos significados que elas têm para ele. Tais coisas incluem todos os objetos que o ser humano pode perceber em seu mundo (coisas, outros seres humanos, instituições, valores como honestidade ou atividades) que a pessoa encontra no seu cotidiano;*
2. *O significado destas coisas deriva da interação social que alguém estabelece com outros atores sociais;*
3. *Esses significados são manejados e modificados através de um processo interpretativo usado pela pessoa para lidar com essas coisas.*

Aplicando essas premissas básicas para as enfermeiras participantes deste trabalho, vamos ver que, de acordo com o seu significado para cada uma delas, as ações que realizam frente ao fenômeno da violência intrafamiliar serão consideradas cuidados ou não. Assim, a partir das interações ocorridas entre a pesquisadora e as entrevistadas, destas consigo mesmas, e da entrevistadora com os dados, podem resultar interpretações das suas ações e a percepção da emersão de uma realidade

que retrata um verdadeiro modo de cuidar da criança ou adolescente vítimas de violência intrafamiliar, amoroso.

4.2 Raízes das Concepções do Interacionismo Simbólico

Muitas explicações e conceitos representantes do pensamento de Mead concorrem para as raízes do Interacionismo Simbólico. Todavia, no presente estudo são apresentadas apenas aquelas representações mentais que se mostram mais estreitamente ligadas a ele.

Um dos ensinamentos fundamentais de Mead (1993) é que a **sociedade** precede os indivíduos. Isso significa a existência de regras para regular as interações entre indivíduos no grupo, antes mesmo de chegarem ao mundo. Tais regras, costumes e leis constituem os padrões sociais de díades, grupos, organizações formais e comunidades, afetando, em parte, uma a outra, por sua posição na ordem social maior, que é a sociedade (CHARON, 2002, p.29, 56).

Esse autor declara que as sociedades desenvolveram divisões a fim de atender às exigências de sobrevivência da espécie humana. A divisão resulta nas estruturas políticas, econômicas, familiares, religiosas e militares, compostas por indivíduos que interagem e desenvolvem os padrões sociais mencionados.

Toda associação grupal se baseia no comportamento cooperativo. A sociedade humana se funda pelo consenso de sentimentos compartilhados sob a forma de compreensões e expectativas comuns. O comportamento humano é influenciado pelas intenções e comportamentos dos outros, constituindo nisso o comportamento social (HAGUETTE, 2001).

Para Mead (1993), a cooperação é necessária para a sobrevivência. E esta é resultante da interação que o indivíduo tem consigo, ao perceber a intenção do outro, e este responde segundo a intenção daquele.

Entretanto, Haguette (2001, p.37) lembra que, para interagir, a pessoa precisa de um **self** (eu). Este é um organismo que pode ser desdobrado em duas fases distintas[:] a do “eu”, a qual representa a tendência “impulsiva” do indivíduo, e a do “mim”, que representa o “outro generalizado” e dá a direção da ação, levando a pessoa agir segundo os padrões sociais. É através do **self** que o ser humano pode

se colocar como objeto de suas próprias ações. Assim, num processo interativo consigo mesmo, ele se coloca no lugar do outro e vê a si mesmo como os outros o vêem, de “fora”. Essa conversa particular permite-lhe fazer escolhas e aceitar ou rejeitar o que os outros falam (CHARON, 2002, p.193).

A comunicação é um conceito central no Interacionismo Simbólico porque é através dela que se estabelece a **ação** ou a **interação** entre os indivíduos ou seres humanos. Mas ação não pode ser vista apenas como uma contração nervosa ou muscular isolada[.] Ela é mais que isso. É um padrão altamente complexo de comportamento organizado, porque há um significado compartilhado pelas pessoas envolvidas no processo (CHARON, 1989).

A interação social consiste em processos ocorridos entre seres humanos, em que cada um leva o outro em consideração enquanto atua. Cada ser é sujeito de sua ação, mas objeto da ação de outro ao mesmo tempo, porque sua presença e ações têm importância para as ações dos outros. Charon (2002) refere que todos os seres humanos atuam – o tempo todo – ou seja, fazem coisas, reagem ao mundo ao seu redor, ele lembra que o contrário da ação é estar morto. Ao atuarmos levando em conta certas regras aprendidas pela socialização, isto significa que somos atores sociais, temos expectativas em relação aos outros que estão nos observando, manifestando estarem cientes de nossa presença ou atuação (CHARON, 2002, p.48, 50).

A ação social mútua ou interação social é aquela que ocorre quando a pessoa “orienta seus atos” para os outros e é influenciada por eles, ou seja, quando a pessoa atua tendo o outro em mente. Sua ação tem uma intenção, que pode ser a de cooperar com ou rejeitar a intenção do outro.

O ator leva outras pessoas em consideração ou atua para, em direção a, contra ou a despeito delas. Sempre que o ator molda seus atos com o objetivo de influenciar os outros, ou de comunicar-se com eles, elogiá-los, criticá-los, enganá-los, fazê-los rir, chorar ou outros, estamos diante de ações sociais ou de interação entre duas ou mais pessoas. Os atores ajustam-se uns aos outros, são afetados pelos atos dos outros. À medida que a interação se desdobra, os planos são alterados, as ações são avaliadas, alteradas e alinhadas (CHARON, 2002). No

Interacionismo Simbólico o processo de interação faz parte do ambiente físico (ALTHOFF, 2001, p.15).

As interações são captadas através de **símbolos**, os quais têm significados compreendidos pelos atores sociais envolvidos na ação. Os símbolos são estímulos representados por palavras, atos e objetos. Eles são usados pelo adulto para comunicar e representar, a fim de introduzir as crianças na organização social. Por meio de símbolos se identifica o mundo, a pessoa, as regras e os padrões. Como a criança aprende a usar a palavra, ela torna-se capaz de pensar, escolher, controlar o eu e até a romper com os controles socializadores. Os símbolos são atos “com sentido”, isto é, eles representam alguma coisa para o ator. Os símbolos significantes dos seres humanos no grupo dão origem à sociedade (CHARON, 2002, p.187, 188; 191, 194, 219).

Os símbolos permitem ao indivíduo imaginar o mundo a partir da perspectiva de outros.. O ator se coloca no papel do outro para entender, manipular, simpatizar com e amar o outro. Através da linguagem como um símbolo, podemos entender a outra pessoa, sua perspectiva, suas percepções, seus sentimentos e comportamentos. Essa habilidade de tomar o lugar do outro depende de nossa natureza simbólica, que é central na vida social (CHARON, 1989, p.59).

Quando uma pessoa entra em um determinado grupo ou organização, certas expectativas ou normas sobre seu desempenho já existem. Cada posição apresenta um conjunto de expectativas vinculadas a tal posição. O que se espera que as pessoas façam em sua posição corresponde ao seu **papel**. Ao desempenhar seu papel, o indivíduo atua de acordo com as expectativas de outros, tornando-se ator num palco – posição de *status* e com *script* (papel) – que lhe diz como os outros esperam que ele atue nessa posição.

Já que os papéis são definidos pelos que estão dentro e fora da estrutura social, suas expectativas por vezes podem constituir um conjunto de expectativas conflitantes. Entretanto, nós negociamos e somos moldados pelos papéis porque, na condição de seres humanos, nós podemos elaborar ativamente e escolher, até certo ponto, o que fazer, isto é, moldarmos nossos papéis. Charon (2002, p.69) salienta que, em última instância, os papéis não resultam só da expectativa dos outros, mas

também das nossas próprias. É por meio do que fazemos que definimos nosso papel, e por meio da interação que os papéis são formados (CHARON, 2002).

É aí que se abre espaço para a liberdade de alguma criatividade. O papel, em certa medida, é independente de nós: as expectativas estão lá, e somos moldados conforme as mesmas. Porém, apesar de os indivíduos negociarem seus papéis, não se deve subestimar o poder dos outros na definição dos mesmos (CHARON, 2002, p.72).

Assim, cada um de nós “é um grande número de pessoas”, cada qual associada a uma posição de *status*. Nós nos tornamos nossas posições de *status*, pensamos sobre nós mesmos em termos dessas posições e anunciamos essas posições aos outros no modo como atuamos no mundo: “Isto é, o que eu sou”. Os outros são influenciados a atuar em relação a nós segundo este conhecimento (CHARON, 2002, p.72).

Ainda, segundo Charon (2002, p.167), é de Weber a idéia de que **poder social** é a capacidade de fazer valer a nossa vontade em relação à vontade de outros. Esta capacidade pode ser potencial, efetiva e exercida, e está presente em todos os relacionamentos. Por sua vez, o oposto de poder é a impotência, isto é, ser impotente significa não ter poder em relação a outros. Representa a incapacidade de alguém em resistir eficazmente quando outros exercem o poder, e não tem capacidade de influenciar a direção da organização social, inclusive da sociedade. A impotência leva à dependência e à exploração de outros (CHARON, 2002 p.169).

Considerando que a Enfermagem lida com seres humanos em situações naturais e diversas dentro de todo o seu processo de viver, ela necessita de um referencial que lhe possibilite olhar esse ser humano como um outro atuante, que experiencia situações inusitadas e legítimas que não dão ao outro poder de decidir por ele, mas reconhece nele outro cidadão.

4.3 O Interacionismo Simbólico e a Enfermagem

Charon (2002) afirma que somos parte de uma organização social o tempo todo e não só em determinadas ocasiões, de forma que, inclusive no *status* de

usuário dos serviços de saúde ou de cuidadores das pessoas que procuram aqueles serviços, somos seres sociais.

Por esta razão, Collière (1999, p. 86) salienta que, na busca de “compensar as graves carências de um saber que não podem ser satisfeitas apenas pela moral profissional”, acompanhando os avanços científicos, a Enfermagem passa a se apoiar em conhecimentos das ciências humanas e sociais. Esses novos saberes introduzem metodologias diferentes dos métodos dedutivos, como a técnica de entrevista e a análise das interações, visando a identificação das necessidades do ser humano cuidado, a partir de sua própria visão da situação vivida.

Assim, partindo dos Estados Unidos, nos anos de 1950 e, influenciando de um modo geral a Enfermagem em outros continentes, como o europeu e o sul-americano, o usuário dos serviços de Enfermagem passa a ser reconhecido como um ser social. A Enfermagem passa a ser definida, por um grupo de estudiosas como: Peplau, Travelbee, Orlando, Wiedenbach, King, Sisca, Erickson, Tomlin, Swain e Barnard como um processo interpessoal (MARRINER; TOMEY, 1994) o qual considera o ser humano como um ser único, irreplicável, insubstituível, com subjetividade, sujeito de direitos, inclusive para demonstrar sua fragilidade ao experienciar alterações no seu processo de viver. Interacionismo Simbólico é a vertente teórica da psicologia social, historicamente mais importante das abordagens que possibilita olhar o ser humano como um organismo ativo, inacabado. Sua própria visão de mundo se constitui um dos métodos microsociológicos de investigação, ao levar em conta fatores psicológicos, sociais, econômicos e mesmo políticos/ideológicos, que têm se mostrado adequados a investigações da Enfermagem. No Brasil, por volta da década de 80, do século passado, chegam os primeiros estudos sustentados por essa perspectiva teórica. Dupas; Oliveira e Costa (1997, p.219) salientam que a utilização de referenciais como o do Interacionismo Simbólico na Enfermagem “poderá abrir novos caminhos para o conhecimento e a prática profissional, uma vez que tais abordagens permitem a descoberta de novas perspectivas do cuidar”.

Considerando que o meu objeto de pesquisa assentou-se enfaticamente nas relações entre pessoas, o Interacionismo Simbólico mostrou-se apropriado para conduzir minha interação com os dados, subsidiando as reflexões a respeito das

interações estabelecidas entre as enfermeiras consigo mesmas; entre elas e a vítima ou os seus familiares; entre a enfermeiras e os outros profissionais, visando captar símbolos com significados de amor, no conteúdo do cuidado de Enfermagem prestado pela enfermeira.

5- TECENDO A METODOLOGIA

A metodologia é a explicitação dos passos dados na condução de todas as etapas de um estudo. Ela abrange desde sua concepção e preparação para entrada em campo até às etapas de tratamento, apresentação, descrição e a interpretação dos dados, de uma forma inter-relacionada e ordenada.

Para compreender o cuidado das enfermeiras frente ao fenômeno de violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes e, se elas contemplavam o amor em seu cuidado, foi necessário tecer uma trajetória metodológica apropriada para acessar tal fenômeno, uma vez que ele é da ordem social, consistindo em: interações/ações ocorridas entre seres humanos.

Assim, uma pesquisa qualitativa do tipo compreensiva interpretativa pareceu-me adequada. Segundo Turato (2003, p.167), a pesquisa qualitativa caracteriza um método que permite a captação dos sentidos simbólicos que o fenômeno tem para o informante, ou que este lhe atribui. Permite ainda captar a percepção de como esse processo se dá.

Para Minayo (2004, p.10), pesquisa qualitativa é entendida como aquela capaz de incorporar “a questão de significado, da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais”, como construções humanas.

5.2 As Participantes do Estudo

Participaram desta pesquisa 11 enfermeiras, reafirmando o que já é conhecido: a Enfermagem é uma profissão eminentemente exercida por mulheres, refletido no contexto do presente estudo.

Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes é uma prática social, antiga e histórica, mas que só em épocas pós-modernas está ganhando maior atenção da sociedade. Sua crescente visibilidade está levando mais vítimas aos serviços de saúde e, a depender da gravidade do caso, do preparo e perspicácia dos profissionais, ela podem adentrar por diferentes portas. Assim, as enfermeiras

que participaram da presente investigação atuam em instituições que atendem vítimas de violência intrafamiliar, nos seguintes contextos: área da saúde comunitária, área hospitalar e serviços de proteção.

O convite às enfermeiras foi feito pessoalmente, no serviço e, assim agendada a entrevista que, em geral, se realizava no próprio local, na sala da enfermeira ou consultório médico, por conferir certa privacidade para tal atividade. Apenas uma foi realizada no domicílio da informante, em virtude de esta encontrar-se em licença médica. Todas as profissionais contatadas aceitaram participar do estudo, sem qualquer reserva.

Embora estejam em diferentes faixas de idade, a maioria das participantes concentra-se na fase adulta madura – dos 30 a 45 anos – e está formada há mais de uma década.

Segundo as entrevistadas, nenhuma teve experiência de aprendizado sobre a temática da violência intrafamiliar contra criança e adolescente na graduação, como atividade curricular. Apenas uma teve esta capacitação ao trabalhar como bolsista de extensão universitária em serviço de proteção, durante os três últimos semestres do curso de Graduação em Enfermagem.

Duas enfermeiras referem ter concluído Curso de Especialização, uma na área de Obstetrícia e a outra em Enfermagem do Trabalho. Sentindo a necessidade de capacitação para a abordagem das vítimas de violência na família que procuram a emergência hospitalar, uma das enfermeiras entrevistadas estava realizando – à época da coleta dos dados – o Curso de Especialização em Emergência, com seu tema do trabalho de conclusão enfocando a abordagem da criança vítima de violência intrafamiliar na emergência. Outras três enfermeiras têm mestrado, sendo uma na área de Política Social, outra na Educação e a terceira em Saúde Pública.

Oito das participantes são ou já foram casadas, porém nem todas têm filhos. Mesmo as que não são mulheres-mães deixam transparecer preocupação com as crianças ou adolescentes que chegam aos serviços vitimizados por violência, manifestando seus sentimentos diante de tais quadros, retratando o forte impacto que o fenômeno da violência produz sobre todas as pessoas.

5.3 A Coleta e Registro dos Dados

Embora o tema abordado nesta pesquisa fosse, a um só tempo, delicado e rico em nuances de sentimentos e ações e, uma vez que é impossível se prever a chegada da criança ou do adolescente vítima de violência intrafamiliar nos serviços de saúde, a entrevista com as enfermeiras que prestam esse cuidado mostrou-se técnica adequada para a captação de dados. Trentini e Paim (2004, p.76) asseguram que, apesar do propósito da entrevista ser coletar informações, ela “constitui condição social de interação humana”, a qual favorece a produção de informações fidedignas.

Foi realizada uma única entrevista com cada enfermeira, com uma duração que variou de 30 a 80 minutos. À medida que recolhia os dados, estes eram ordenados, sofrendo já uma análise preliminar, de forma que, quando as informações começaram a apresentar repetição, encerrou-se sua coleta.

Considerando o caráter abrangente da minha indagação de pesquisa, programava-me para abordar a enfermeira com a seguinte pergunta: *Qual tem sido tua vivência frente ao fenômeno da violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente?* Ou, após observar o contexto, já solicitava: *Fale-me um pouco sobre o que faz uma enfermeira frente a uma criança ou adolescente que sofreu violência praticada pelos pais!* Entretanto, esta pergunta ou solicitação eram usadas apenas para dar partida na sua fala sobre o cuidado àquelas pessoas. A partir daí as informantes falavam de sua prática, de seus sentimentos e dos contatos empreendidos com outros serviços ou setores.

Quando os dados apresentaram saturação, isto é, “após as informações coletadas com certo número de sujeitos, novas entrevistas passam a apresentar uma quantidade de repetições em seu conteúdo” (TURATO, 2003, p.363), encerrou-se a coleta dos mesmos. O autor lembra a possibilidade de ocorrer arbitrariedade na cessação do recolhimento de informações, porém, ele também aponta os objetivos da pesquisa, assim como a opinião do orientador do trabalho como parâmetros para auxiliarem na decisão sobre se a curiosidade científica já foi atendida suficientemente ou não. Optei por gravar as entrevistas, as quais em seguida foram transcritas e sistematizadas. Flick (2004, p.179) chama de “documentação dos

dados” a esse processo, que compreende três etapas: “gravação dos dados, edição dos dados (transcrição) e construção de uma “nova” realidade no texto produzido e através deste”.

5.4 A Ética Permeando o Estudo

Sendo esta uma investigação que envolveu seres humanos, o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, o qual concedeu autorização para a realização do trabalho em campo, e cujo parecer encontra-se em posse da autora.

Ao iniciar a entrevista as enfermeiras eram informadas do objetivo do estudo e, em concordando com a sua participação, assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido.

Por se tratar de um tema que traz consigo intensa carga emocional, a fim de dar leveza ao apresentar os dados e preservar a identidade das enfermeiras participantes do estudo, as mesmas receberam codinomes de pássaros.

Quando da transcrição dos dados, assim como de seu tratamento, análise e apresentação, os mesmos foram manejados de modo a preservar a fidedignidade das falas das enfermeiras, demonstrando assim uma atitude ética frente aos mesmos. Da mesma maneira, as referências utilizadas foram respeitadas em sua autoria, apresentando-se as devidas citações.

5.5 Decompondo, Compreendendo e Interpretando os Dados

O vocábulo “análise” quer expressar “Separação ou desagregação das diversas partes constituintes de um todo; decomposição [...] exame de cada parte de um todo, tendo em vista conhecer sua natureza, suas proporções, suas funções, suas relações...” (FERREIRA, 2004, p.128).

A reordenação da massa heterogênea de dados, através de uma decomposição, a fim de apresentá-los de tal forma que retratem uma realidade

social, é apontada por Minayo (2004, p.199) como sendo o “caminho do pensamento”, utilizado por Habermas e Gadamer.

Alicerçada em vários cientistas sociais, Minayo (2004), didaticamente construiu seu caminho para análise de dados qualitativos, apresentando-o em três tópicos, a saber: a) ordenação dos dados; b) classificação dos dados e c) análise final.

Esta apresentação didática do tratamento dos dados é um processo contínuo e simultâneo, com passos articulados e complementares entre si, visando apreender a realidade tal como se apresenta ao pesquisador (CARRARO, 1998).

Ordenação dos Dados

Para Minayo (2004), nesta etapa realiza-se: as transcrições das fitas com as falas das entrevistadas; a releitura do material; uma primeira organização dos dados, dando ao pesquisador um mapa horizontal de seus dados.

À medida que eu realizava as entrevistas, editava os dados e construía então o mapa dos dados desta investigação, a partir das falas das enfermeiras. Em páginas, no formato de paisagem, divididas em três colunas, alocava os dados na íntegra na coluna da esquerda, destinando as demais para as próximas etapas desse processo de análise.

Flick (2004) enfatiza ser esse um aspecto fundamental na construção da realidade no processo de investigação, pois essa organização visa documentar o caso na sua especificidade e estrutura. Isto é logrado pelo pesquisador quando, analisando os dados, fragmenta-os em busca das regras e sentidos subjacentes ou dos componentes que os caracterizam.

Classificação dos Dados

A ação classificatória desdobrou-se em dois momentos, o primeiro na forma de repetidas e exaustivas leituras das entrevistas, as quais “permitem apreender estruturas de relevância dos atores sociais, as idéias centrais que tentam transmitir e os momentos chave de sua existência sobre o tema” (Minayo, 2004 p.235). No presente estudo, isso ocorreu quando houve a emergência das categorias empíricas

das interações/ações das enfermeiras frente ao fenômeno da violência intrafamiliar contra a criança ou o adolescente, sua preocupação em desejar ver tais situações resolvidas, assim como as emoções que as punham em movimento para cuidar ou quando, frente ao fenômeno, elas se paralisavam, mesmo que fosse por momentos.

Uma vez identificados nos dados brutos os temas relevantes referentes ao objetivo da pesquisa, estes fios eram destacados com marcadores coloridos, e transpostos para a coluna do meio da página em formato de paisagem, utilizada para o registro dos dados.

Já o segundo momento caracterizou-se pela constituição de um ou vários corpos formados por aquelas estruturas, idéias centrais ou momentos-chave dos atores sociais, que a mim, naquele instante, pareciam esboços de cuidados das enfermeiras, enevoados, aglutinando-se em torno das informações consideradas relevantes. A partir daí, então, fazia uma “leitura transversal” de cada esboço, retirando da entrevista as “unidades de registro”, chamando-as de tópicos de informação ou temas. Mas essa primeira classificação ainda consistia numa conceituação provisória, que Minayo (2004, p.236) compara com “gavetas, onde cada tópico ou tema é separado e guardado” e, na minha realidade, eram os novelos, e eu guardava-os na coluna da direita da página de registro dos dados.

Esse re-agrupamento em torno dos esboços de cuidados mais relevantes resultava num enxugamento das informações, estreitando minha interação/ação com os fios das falas e delineando a compreensão que buscava a respeito do cuidado das enfermeiras.

Assim, a partir desta interação/ação pesquisadora/dados acontecia a construção teórica, confirmando aquilo que Minayo (2004, p.235) afirma: “não é o campo que traz o dado, na medida em que o dado não é ‘dado’, é ‘construído’”.

Aprofundando minha interação/ação com as falas eu indagava às mesmas que ações ou interações das participantes constituíam o seu cuidar, e se estas eram permeadas pelo amor. Desta forma, as categorias empíricas iam se tornando cada vez mais nítidas e expressivas.

Análise Final

Minayo (2004, p.236) assegura que os dados empíricos são “o ponto de partida e o de chegada da interpretação”.

Assim, por meio de um constante cotejar dos dados empíricos com o referencial teórico construído, este azeitava o desfazer daqueles nós, naqueles aparentes “novelos caóticos iniciais”. Com isso, quero dizer que eu ia do concreto para o abstrato, e vice-versa, procurando visualizar a realidade do cuidar das enfermeiras frente ao fenômeno da violência intrafamiliar contra a criança ou o adolescente, para poder compreender seu cuidado.

Neste processo de trabalhar os dados e a teoria, seus fios eram tecidos, trançados, entrelaçados, **configurando a rede do cuidado das enfermeiras**, ou seja, as categorias de análise e suas ramificações. A partir dessa rede, cheguei à compreensão dos modos de cuidar das enfermeiras integrantes deste estudo, trazendo a concretude do seu cuidado.

Porém, Minayo nos lembra que esta compreensão não é apenas contemplativa, ela chega à interpretação dos dados,

além de superar a dicotomia objetividade *versus* subjetividade, exterioridade *versus* interioridade, análise e síntese, revelará que o produto da pesquisa é um momento da *práxis* do pesquisador. Sua obra desvenda os segredos de seus próprios condicionamentos (2004, p.237)

Construir a análise final consistiu num entrelaçar, entre os fios das falas das enfermeiras, a vivência da pesquisadora frente ao conhecimento teórico da temática abordada, e a tessitura literária que sustentou esta investigação.

Esta não é uma atividade nem fácil e nem externa ao investigador. [...] a investigação social enquanto processo de produção e produto é ao mesmo tempo uma objetivação da realidade e uma objetivação do investigador que se torna também produto de sua própria produção (MINAYO, 2004, p.237).

6- DOS FIOS DAS FALAS À TESSITURA DO CUIDADO

Ao olhar para a imensidão dos dados coletados junto às 11 enfermeiras participante deste estudo, do “aparente caos” (MINAYO, 2004, p.236) surgiram como que vários fios, ora soltos, ora emaranhados... Eu queria ver tudo o que eles me diziam. Buscava o cuidado das enfermeiras que estava ali registrado. Mas, cada vez eu me via mais embaralhada. Eu acreditava que as enfermeiras cuidavam e, isoladamente suas falas, uma aqui outra acolá iam confirmando meu pensamento. E eu algo atônita ainda, perguntava-me em que isso vai dar? Por onde começar? Onde vou chegar?

Várias foram as tentativas, várias foram as tranças e os nós que os fios configuraram. No entanto, a indagação filosófica que norteou a presente tese, desencadeou as reflexões e a sistematização do conhecimento de Enfermagem surgido da investigação empírica, enfocando os aspectos humanísticos das vivências relatadas (VILLALOBOS,1998), revelando o cuidado nem sempre explícito nas ações das enfermeiras.

De acordo com Villalobos (1998) uma indagação filosófica permite a Enfermagem acessar o conhecimento “tácito” e o “explícito” e, assim desenvolver as reflexões aqui registradas, moveu-me para além das percepções estereotipadas e antagônicas da Enfermagem, da indagação científica para perceber integralmente o ser humano.

Assim, aos poucos, com atenção, ora dando um passo atrás e admirando as meadas de dados, ora empreendendo mergulhos profundos, o cuidado prestado pelas enfermeiras sujeitos desta tese foi sendo por mim compreendido. O amor contido em suas ações foi se revelando...

E, os fios das falas formaram uma rede com três grandes categorias: ***Reconhecendo o Fenômeno e a Família, Inter/agindo Frente ao Fenômeno e Sentindo Frente ao Fenômeno***, as quais se desdobraram em subcategorias conforme apresentado a seguir:

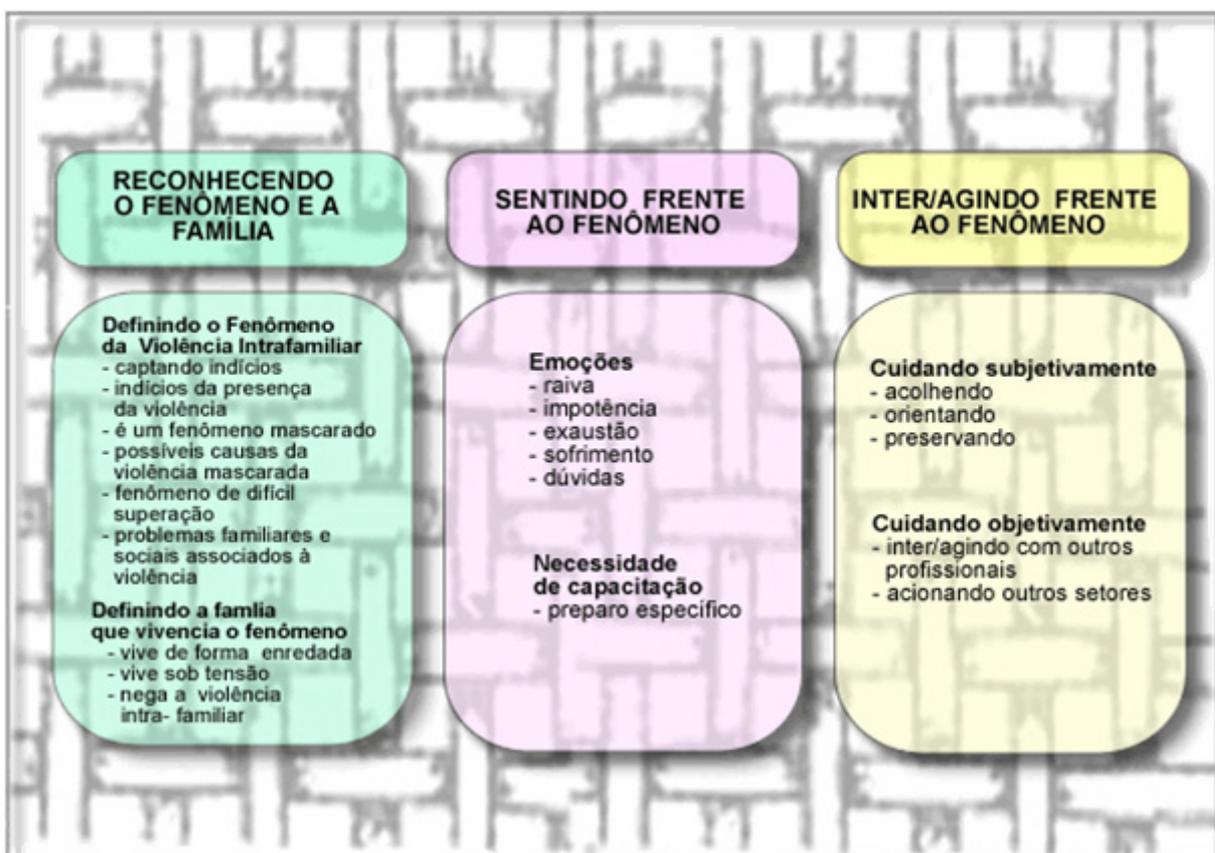


Figura 1- (GRÜDTNER e CARRARO, 2005) A Tessitura das Falas das Enfermeiras

6.1. Reconhecendo o Fenômeno e a Família

O interesse em compreender o comportamento humano a partir das interações face a face, chamado de microsociologia ou interacionismo simbólico, postula que a realidade não pode ser percebida através de conceitos definitivos, mas sim ao expressar seu próprio caráter processual (HAGUETTE, 2001). Esta proposição advem de um dos principais conceitos dessa teoria da psicologia social, a “definição de situação”. Segundo Haguette (2001), este conceito foi assim chamado e explicado por Thomas da seguinte forma: *Se os homens definem situações como reais, elas [as situações] são reais nas suas conseqüências.*

Dessa maneira, minhas reflexões sobre o cuidado prestado pelas enfermeiras entrevistadas para este trabalho são calcadas nas referências a situações vivenciadas pelas próprias entrevistadas.

Sob o olhar das enfermeiras entrevistadas então, a categoria **Reconhecendo o Fenômeno e a Família**, que abarca o vivenciar a violência no interior da família, e é constituída pelas subcategorias: **Definindo o Fenômeno da Violência Intrafamiliar** e **Definindo a Família que Vivencia o Fenômeno**.

6.1.1. Definindo o Fenômeno da Violência Intrafamiliar

O vocábulo "fenômeno", desde sua origem, traz certa ambigüidade. Ora ele dá a idéia de algo que aparece com brilho e ora simplesmente parece ser alguma coisa ou objeto mostrando-se, portanto, como alguma coisa pouco segura. Por isso, o termo passou a ser usado nas ciências "para designar não uma coisa, mas, um processo, uma ação que se desenrola" (JAPIASSU; MARCONDES, 1991, p.97). Em se tratando do fenômeno da violência intrafamiliar, ele aponta para as duas idéias, a de um processo, e também aquela de algo não completamente delineado, mas fugidio, de difícil visibilidade, apreensão e resolução.

Assim, a subcategoria que retrata o fenômeno da violência intrafamiliar, para as enfermeiras participantes deste estudo, congrega os aspectos: **captando indícios; indícios da presença de violência; é um fenômeno mascarado** que tem inúmeras **possíveis causas de violência mascarada; é um fenômeno de difícil superação**; e, ainda: **produz sérios problemas familiares e sociais associados à violência intrafamiliar**.

Captando Indícios

A detecção de situações de violência intrafamiliar contra criança e adolescente pelos profissionais da(s) área(s) de Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social, entre outros, de acordo com Moura, "é diretamente dependente da capacidade de seus profissionais em suspeitar destas situações" (2002, p.61).

Ponderando que o cuidado de Enfermagem é uma articulação de arte e ciência (CARRARO, 1997, p.29), a enfermeira reconhece o fenômeno da violência vivenciado pela família a partir de indícios que capta através da observação, seguindo pistas e refletindo. Ela utiliza conhecimentos sistematizados e instrumentos

que representam a vertente da ciência na Enfermagem, mediados pela sensibilidade e a imaginação ou criatividade. A profissional usa sentidos como a visão e a audição para captar a situação do ser humano sob sua responsabilidade, identificando a necessidade de sua atuação – o "lado arte" da profissão. Nesta mescla de ciência e arte, está-se resgatando as origens da Enfermagem, ao ofertar um cuidado competente e seguro, embasado em modelos e instrumentos (CARRARO, 2001, p.18).

A ação da enfermeira, que à luz desse conceito de Enfermagem é chamado de cuidado, transparece na sua sensibilidade, como se verifica na fala de *Azulão*:

Teve uma menina que um dia eu vi aqui no posto com a irmã mais velha. Veio procurar um atendimento e eu por sorte estava lá na frente. Tinham dito para ela que não tinha condições de atender por não ter vaga para mais ninguém. Daí eu olhei para moça e pensei: Meu Deus aí tem alguma coisa errada. A menina tinha carinha de uns 13 ou 14 anos, daí eu disse: Espera aí, não vão embora que eu quero conversar com vocês. Ela estava com uma irmã mais velha, né!

Embora muitas vezes a profissional não esteja consciente de sua ação, frente à violência ela reflete sobre o observado mais profundamente e, estando dentro de um serviço de saúde, constitui o primeiro passo do processo de intervenção, na busca de ajuda para a recuperação dessa vítima, como se pode observar no depoimento a seguir:

Não tem uma explicação plausível para esta situação, pelo tamanho, pela extensão, e aí você pergunta para a criança e ela se esconde na barra da saia da mãe. Porque, claro! Você compara uma criança... Você lida sempre com crianças e sabe o que elas têm... Elas são meio ariscas para estranhos, né? Mas, quando você começa a conversar... Conta aqui, vamos ali ... Eu brinco, converso e você vê que a criança que tem uma vida normal, ela se solta rapidamente, e[...] Sabe! Essas outras crianças não...

Corruíra

No serviço de saúde, além de outras ações, uma de relevância é a enfermeira intermediar com outros profissionais, a necessidade de cuidado do ser humano, conforme o registro abaixo:

Se o enfermeiro não vê, o outro profissional não fica sabendo... Porque é o enfermeiro que está 24 horas por dia. É ele quem está vendo e observando com um olhar mais crítico, mais direcionado para família, para clientela que é a criança e a mãe, no caso... Então

é a gente que observa, tenta solucionar o que a gente pode e, o que não pode, a gente encaminha...

Sanhaço

A enfermeira observa também, no olhar da criança, pistas de que esta pode ser uma vítima de violência dentro da família:

Eu vejo que as crianças que sofreram violência têm um olhar de medo, te olham apavoradas... Não aquele de apavorada porque fez algumas coisas erradas, mas apavorada porque recebeu um tapa, porque a machucaram. Então elas transmitem no olhar o medo de qualquer coisa, às vezes têm medo mesmo até de falar...

Curió

As falas das profissionais revelam que ocorre um processo de auto-interação, isto é, a enfermeira entabula um diálogo com ela mesma diante da observação de sinais sugestivos de situações de violência intrafamiliar, mesmo antes de compartilhar com outro profissional.

Ao ouvir o relato de membros da equipe de saúde, a enfermeira percebe sinais de violência intrafamiliar, como se pode observar nas falas seguintes:

Uma agente comunitária presenciou essas cenas veio conversar comigo, e pediu para agendar uma consulta ou então uma visita domiciliar.

Corruíra

Uma época que já estava havendo uma sensibilização grande dos profissionais, algumas vezes a técnica de Enfermagem da sala de vacina... Se ela tinha algumas suspeita me chamava e dizia: Olha enfermeira, vamos acionar a assistência social?

Rolinha

Informações chegam até a enfermeira através de relatos de pessoas da comunidade, sobre possíveis casos de violência intrafamiliar contra criança e adolescente:

A gente também sabia assim por boatos pelos vizinhos [...] aí o agente comunitário veio também conversar comigo e, disse que ele estava desconfiado sobre a situação.

Corruíra

Se tu ouves, vê que ela está sozinha e de repente não está acontecendo nada disso, pode ser só fofoca da vizinhança. Já me falaram: Enfermeira tu tens que ir lá, porque parece que ela agora já está até colocando um amigo do suposto companheiro dela para

dormir com a filha de 11 anos. Então eu combinei que hoje à tarde vou lá sem avisar, mas, então tu vês a situação...

Azulão

O comentário do profissional médico também pode ser uma fonte de onde a enfermeira capta indícios de violência em determinada família de sua área, como surge na fala de *Bem-te-vi*:

A hora que o médico desceu da consulta, acabou as consultas dele, daí foi ali que ele comentou essa situação...

Porém, há casos em que, apesar da mínima idade da vítima, a enfermeira capta a situação de risco que a criança deseja transmitir, de acordo com o relato a seguir:

O menino disse assim: O pai bateu na mãe! O menino de três anos me contou. O pai bateu na mãe, tia! Aí ela olhou para ele e ficou assim, aí ela disse: Fica quieto...

Sabiá

Entretanto, a profissional também considera poder estar diante de uma vítima, mesmo quando esta não fala, parecendo estar proibida de revelar o que sabe ou sente. Portanto, a enfermeira capta indícios até mesmo ouvindo o silêncio sobre o ocorrido, como pode ser verificado no relato de *Andorinha*:

Às vezes a gente vê que a criança não fala. Quando ela começa a não falar, é uma forma de ela se defender né? Então tu começa a pensar que tem alguma coisa por trás [...] porque... se ela se machucou ela vai contar, ela não vai ter porque se esconder da gente, né? É, então a gente pensa assim: alguma coisa tem...

Mas nem sempre a vítima ouvida era uma criança ou adolescente, e sim uma mulher-mãe, pois a família, segundo o modelo ecológico, se constitui um sistema dinâmico. Sob esta ótica, de acordo com Iturralde (2003, p.173), quando algo ocorre com um dos membros, os demais são afetados, tal qual o mover de uma pedra no jogo de xadrez. Tendo esse entendimento, o agir das enfermeiras direcionado às mulheres-mães, além de visar cuidar delas, também visava preservar as crianças em suas famílias, segundo se verifica na fala abaixo:

Eu atendi essa mulher. Ela veio desesperada, que tava com um problema, que tava com uma leucorréia. Não é assim que ela fala, ela fala que “tava com um escorrimento”, não é nem corrimento... Aí

eu comecei a conversar com ela e, realmente estava com leucorréia, e ela... aí começou a me contar que o marido estava aprontando, ele usava droga [...] Eu comecei a conversar com ela, porque estava muito nervosa, mas ela disse que não queria falar naquele momento. Eu atendi, encaminhei para o médico, ele medicou, ela tinha uma possível DST. A gente encaminhou e ela foi embora. E eu falei para ela que quando estivesse preparada voltasse.

Sabiá

Ante alguns indícios de violência, as profissionais interagem com o seu *self* (MEAD, 1993), discutem com outros profissionais, o que muitas vezes resulta na identificação do fenômeno.

Embora esse seja um trabalho que verse sobre violência intrafamiliar contra criança e adolescente, a apresentação de situações de agressão física do homem-pai contra a mulher-mãe tem o propósito de mostrar que, mesmo que ele não agrida as crianças, o presenciar a mãe ser vitimada já se constitui violência psicológica contra os filhos. Cardia e Schiffer (2002, p.29) chamam este tipo de violência de indireta, e ela causa igualmente prejuízos para o desenvolvimento das crianças, como aparece na fala abaixo:

E daí ele bateu na mulher até derrubar. E as crianças ficaram na frente dela, para proteger ela. E daí ele tirou as crianças, ele não agrediu as crianças.

Sabiá

Além de gerar medo e insegurança nos filhos, ao presenciarem a mãe sendo vítima de violência intrafamiliar, eles interpretam a mensagem como sendo a de que ela precisa ser defendida. E, em assumindo as crianças esse papel, acontece a sua inversão, pois a quem caberia o papel de protetores seriam os pais e, às crianças, o de se sentirem seguras por verem as ameaças da vida afastadas por aqueles.

Mas as relações de confiança no outro são aprendidas no grupo social primário, que é a família. Naquelas em que esse papel é invertido, “as crianças aprendem que são mais amadas quando cuidam dos pais” (BRADSHAW, 1997, p.72), mostrando uma forma ‘mistificada’ de amar, ou seja, que sua capacidade para aprender a amar já está prejudicada na gênese. O esforço que hoje parece inócuo, no futuro, porém, pode acarretar grandes dificuldades de relacionamento para alguém que está em formação.

Indícios da presença da violência

Dentre os sinais que a enfermeira capta, estão aqueles que caracterizam os quatro tipos de violência intrafamiliar contra criança e adolescente, quais sejam: a violência física, a psicológica, a sexual e a negligência. As falas abaixo ilustram alguns dos indícios encontrados por *Azulão* e *Gaivota*:

Violência física, né! Ela agride, puxa os cabelos, ela bate, ela arrasta, já viram ela assim espancando e arrastando a criança pela rua...

A gente recebia crianças machucadas por maus tratos dos pais, com fraturas de bracinhos, de perninhas... Crianças que vinham de uma história de fratura e que iam fazer Rx, ela já tinha calcificações de fraturas anteriores. Teve uma criança que teve que fazer um períneo todo por agressão sexual... Então assim, em nível de unidade, eu peguei coisa nesse sentido, muita ortopedia, criança com várias fraturas...

A mãe bate, o pai... às vezes chegam com hematomas quando são os pais que cometeram violência... é o vizinho, um parente e tentam proteger o máximo a família, muitas vezes eles não querem que a gente faça nenhuma comunicação, que haja registro, nem polícia, nada, porque implica muitos problemas até mesmo para criança. Geralmente o Conselho recolhe a criança quando ele vê que não tem uma estrutura. Recolhe a criança, até o juiz decidir quais os encaminhamentos necessários.

Curió

Quadros de violência intrafamiliar podem guardar algumas características em comum. Contudo, outras características tornam-se relevantes de acordo com o local em que são detectadas. Por exemplo, as enfermeiras de emergências declaram que o maior número de ocorrências de casos de violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente chega à noite. Ali a equipe logo é levada a suspeitar, diante da “visualização de lesões corporais sugestivas” (MOURA, 2002, p.61), já que é um espaço do hospital destinado a prestar pronto atendimento a situações em que a vida de pessoas está em risco.

Assim, ao se deparar com uma criança de meses, com marcas estranhas por todo o corpo, a enfermeira pondera que a causa da febre possa ser violência intrafamiliar, como a fala abaixo aponta:

Marcas que a gente encontra na criança. A criança vem só por isso, aí lógico com sintomas de febre, mas a criança vem com

hematomas na cabeça, no olho, no corpinho [...] Crianças que chegam aqui de uma maneira absurda, perninha quebrada, normalmente filha de mãe alcoólatra...

Pardal

Sinais de violência psicológica, decorrentes de violência sexual ocorrida na infância de uma jovem, também são captados pela enfermeira, durante o exame físico. Ao questionamento da profissional, a vítima confirma o fato e expressa a conseqüente violência psicológica nas palavras a seguir:

Olha, se eu pudesse ficar um dia sem pensar nisso... Porque além de tudo, quando ela vai visitar a mãe no interior da ilha, encontra com esse senhor porque é vizinho. Ainda é obrigada a olhar, encontrar... E ele segue, sabe Deus quantas outras crianças nesses anos todos, desde que ela tinha 8 anos, já não tentou abusar ou violentar?

Rolinha

A enfermeira percebe indícios de violência psicológica pelo comportamento da criança, de acordo com o depoimento a seguir:

Algumas crianças têm muito medo de serem tocadas... Então a gente precisa resgatar sua confiança... Se é uma criança pequena, a gente procura acalantar...

Sanhaço

A enfermeira também capta indícios de violência psicológica contra crianças que nem nasceram ainda, e aproveita o encontro das gestantes para trabalhar a prevenção de violência intrafamiliar contra a criança que está por nascer, como se pode constatar na fala a seguir:

Tem mães que não aceitam a gravidez de jeito nenhum e falam... "Isto é uma caquinha aqui na minha barriga"... Acho que essas crianças já sofrem desde o ventre, né! A gente faz encontro com gestantes, então se pode conversar:... Você não deve falar essas coisas, porque isso que você está falando...

Corruíra

O fenômeno da violência intrafamiliar contra criança e adolescente, na expressão sexual, tem seu caráter furtivo mais acentuado que nas outras formas. As ações do agressor são para esconder seu crime hediondo, mas as das vítimas são para se protegerem. Existem manobras que só uma enfermeira com conhecimento, perspicácia e disponibilidade pode detectar, como se constata no registro abaixo:

Essas meninas ficaram um tempo com a gente na casa de passagem, e elas tomavam banho periodicamente, e eu não sabia

porque elas cheiravam tão mal...Eu pensava se elas estavam tomando banho. O que estava acontecendo? Um dia eu fui tomar banho com elas, e vi que tomavam banho de calcinha e perguntei porque? Elas falaram que tinham medo do pai... Aí eu comecei a ligar a história, que aquela ali era uma forma de elas se protegerem quanto à violência do pai... Então eu falei para elas que podiam tomar banho sem calcinha... Entendi que foi um abuso sexual que elas sofreram do pai...

Andorinha

Muitas vezes, mesmo que a família não perceba a violência sexual, confundindo-a com carinho, a enfermeira atenta para os sinais, considerando a possibilidade de identificar o fenômeno, como mostra a fala a seguir:

Ele fez algumas investidas, sabe, atacou a menina, agarrou e tal e, a família... Os pais no começo achavam que era um carinho, achavam que ele era carinhoso com a menina..

Corruíra

A enfermeira que possui conhecimento sobre a dinâmica do fenômeno da violência intrafamiliar capta seus indícios contra a mulher-mãe e, por considerar a família como um sistema, interpreta a violência contra aquela como um fato que repercute no seio familiar, conforme explicita a fala a seguir:

Ela veio trazer a criança para nebulização, e ela estava sentada de lado. Eu perguntei porque ela estava assim. O que tinha acontecido? Ela tinha sido abusada sexualmente pelo próprio marido... A agressão tinha acontecido de uma forma brutal... Ele tinha colocado a mão inteira com anel e tinha machucado bastante ela.

Patativa

Na maioria das vezes, o sofrimento da vítima já vem de longa data. A vinda da pessoa ao serviço de saúde em geral representa a busca da ajuda que ela está necessitando, trazendo visibilidade a esse sofrimento. Lembrando que as pessoas interagem a partir dos símbolos com significados (CHARON, 2002), a enfermeira pode se deparar com uma criança ou adolescente apresentando indício pode representar um símbolo do fenômeno. Dependendo do significado que tal “dica” possa ter para a profissional, mais perto de receber ajuda a vítima pode estar.

Por ser um fato que produz o aniquilamento da vítima (MINAYO, 2003), a ajuda que essa pessoa requer pode começar por um cuidado de Enfermagem amoroso, ou seja, aquele que acolhe incondicionalmente, não está preso a

preconceitos ou julgamentos, mas interessado na situação por ela vivenciada (BUSCAGLIA, 2005).

É um Fenômeno Mascarado

A complexidade da resolução de situações de violência intrafamiliar começa pela dificuldade quanto à visibilidade ao fenômeno, pois ele não se mostra de uma forma clara e delineada. Tentando evitar sua exposição, as pessoas, inclusive a vítima, tentam afastar qualquer possibilidade disto, por meio de desculpas e negações, o que o torna um fenômeno mascarado, conforme mostram as narrativas a seguir:

Você sabe que tem problema ali, e mesmo assim... No caso, por exemplo, das crianças, é mais difícil porque as crianças não falam... mesmo o adolescente é muito difícil de você conseguir pegar o fio da meada. [...] essas coisas acontecem muito na intimidade do lar...
Corruíra

Sempre dizem que é mentira, que nunca fizeram, que sofreram uma batidinha...

Pardal

O prejuízo na socialização das pessoas é uma das conseqüências do fenômeno. O fato de atentar para esse aspecto fez com que a profissional identificasse violência intrafamiliar a partir do comportamento das mulheres-mães na unidade de internação pediátrica, durante a hospitalização das crianças, conforme está relatado abaixo:

A gente percebe na maneira como as mães se apegam com a gente que são vítimas da violência, mas não são vítimas declaradas. Durante o histórico de Enfermagem, a gente começa a perceber que aquela mãe e criança são vítimas de violência doméstica e entende porque elas se apegam tanto à gente...

A enfermeira percebe, por trás do ferimento da criança levada à unidade básica de saúde, os indícios de violência intrafamiliar. E, caso a enfermeira não capte estes indícios, a vítima perderá a oportunidade de receber ajuda, como no caso descrito a seguir:

Às vezes, não é bem assim, as histórias que eles contam não é bem assim... Tu não consegues imaginar aquilo estar acontecendo, porque o machucado é num lugar estranho. Uma queimadura muito estranha, ..tu pensa: Não pode ter sido: 'Tá aqui a mesa!' e pega... e vira em cima do teu braço... Então a gente começa a fazer um monte de ligação para ver se é violência, e não só a violência física, mas também a negligência, porque os pais deixam a criança machucada em casa três, quatro ou cinco dias, e ela vem toda cheia de secreção para gente, bem ruinzinha, com febre...

Andorinha

As enfermeiras entrevistadas ponderam que, para se lograr retirar os véus de sobre o fenômeno, é requerida uma relação de confiança entre a profissional, a vítima e pessoas da família. Mediante a relação de confiança, a vítima despojar-se-á de suas atitudes defensivas para aceitar ajuda e ser cuidada, como retrata a fala abaixo:

A vivência que eu tenho de atendimento à violência, ela é mascarada, nunca chega como uma violência... É na consulta de Enfermagem que tu acabas descobrindo, mas tu só descobres quando tu tens uma relação de confiança com a comunidade, se não, tu não descobres. Os exames clínicos te mostram, mas a pessoa não assume...

Sabiá

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA determina que “casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente notificados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais” (BRASIL, 1990). O não agir da enfermeira decorre mais pelo fato de um aspecto "estrangulador" dos setores responsáveis pela segurança e proteção (ASSIS e CONSTANTINO, 2003, p.178) das crianças do que pela falta de competência ou de compromisso para isso.

O conhecimento parcial da legislação para uma crescente proteção da criança e do adolescente demonstra a pouca atenção que esses seres em desenvolvimento ainda recebem da sociedade, de uma forma geral. Para Assis e Constantino, (2003, p.178), isso representa desrespeito ao ECA, inclusive por alguns profissionais dos serviços de saúde, como é encontrado na fala a seguir:

É que eu acho que as pessoas não gostam muito... De repente as pessoas não querem ligar para não se comprometerem, porque de repente vai sair o nome. Numa das que eu liguei, eu fiquei até um pouco... Eu até perguntei se a gente podia, não precisava mencionar

o nome de quem ligou. Em principio eles mantêm, mas se houver necessidade, eles falam, então acho que por isso as pessoas às vezes...

Bem-te-vi

A hesitação em denunciar novos casos pode advir do fato de o profissional não ter encontrado uma boa resposta em outro setor, em ocasiões anteriores quando fez a denúncia, como se verifica na declaração seguinte:

Isso de certa forma surgiu para mim como um... até um aviso. Da próxima vez que eu ficar sabendo de um caso desses, eu não vou fazer uma denúncia tão franca, vou fazer uma denúncia anônima...

Corruíra

Azevedo e Guerra (2001) enfatizam a importância do envolvimento dos profissionais, para transformar o fenômeno de oculto em visível. Entretanto, observa-se que o "estrangulamento" das interações nos setores resulta na descontinuidade do atendimento às vítimas.

As ações da enfermeira interrompidas involuntariamente produzem-lhe o sentimento de impotência. Todavia, esta impotência em seu papel profissional, decorre de sua falta de poder para romper as barreiras, quase impermeáveis, das estruturas social e política, as quais, na maioria das vezes, impedem o profissional de dar continuidade a ações que poderiam conduzir a superação de violência no âmbito da família.

Seu pouco envolvimento nessa instância revela também sua dificuldade em prestar um cuidado amoroso, já que ele implica num compromisso para com o outro. Segundo os gregos, ágape é o amor totalmente desprendido, é o compromisso que liga, que aproxima, que comunica as pessoas. E é nesta dimensão que vemos as múltiplas manifestações de amor permeando as ações de Enfermagem (GRÜDNER; CIANCIARULLO; ELSEN, 2003).

Possíveis Causas de Violência Mascarada

As falas revelam que o olhar da enfermeira dirigiu-se para além do visível, buscando identificar possíveis causas de violência que estivessem mascaradas nas situações vivenciadas, conforme é mostrado na fala a seguir:

De manhã ela dá hambúrguer frito, cheio de óleo queimado, para uma criança que tem desnutrição importante. Essa criança precisa de fruta, de vitaminas, mas esse é o alimento dela. Ela manda a criança para o colégio e dentro da sacolinha da merenda um pacotinho de castanha de caju. Você fica pensando: Será que é infantilidade da mãe, ou o que é isso, afinal de contas? Eu considero como uma violência também...

Corruira

Neste caso, a enfermeira percebe no desconhecimento, por parte da mãe, dos principais grupos de alimentos e suas funções, uma forma de violência contra a criança, por não oferecer os substratos indispensáveis para o desenvolvimento da criança.

A influência das mudanças sociais, absorvendo mais tempo em outras atividades, é considerada pelas enfermeiras como fator que rouba tempo do convívio familiar para a aprendizagem, não só das regras sociais, mas principalmente da nutrição afetiva, segundo mostra o relato seguinte:

Falta de tempo da família para sentar e conversar com as crianças... falta de orientação. Até por tabu, a mãe tem medo de esclarecer determinadas coisas para a criança, ou até por vergonha, de como chegar no filho e, daí as coisas acontecem...

Gaivota

A literatura alerta para que pobreza não é causa de violência, uma vez que não são apenas famílias menos favorecidas que vivenciam o fenômeno (MINAYO, 2003). Entretanto, se reconhece que condições precárias associadas a incapacidades em lidar com a função de paternidade-maternidade podem desencadear episódios de maus-tratos contra crianças e adolescentes, conforme está explicitado na fala a seguir:

A gente trabalha no hospital onde a população é muito carente. Na verdade essas agressões são mais em crianças de famílias carentes, pela falta de discernimento...

Pardal

Contudo, o fenômeno da violência dentro do lar contra criança e adolescente ainda pode encontrar uma complexa trama como causa, segundo os relatos abaixo:

É a situação de vida mesmo, não tem ajuda, de repente não tem alguém para conversar, para dividir essas dúvidas em relação até a educação dos filhos, essas dificuldades financeiras... [...] Eu acho que isso leva ao desespero e essa ambigüidade de sentimentos de amor e ódio, raiva por estar vivendo essa situação que não gostaria de estar vivendo, não consegue sair dela. Sei lá, cada caso é um caso, tudo é muito multicausal, tem várias, às vezes tem uma mãe que dá conselhos, tem um vizinho que escuta, ou essa pessoa é mais receptiva a ouvir alguém, e aí são muitas variáveis...

Azulão

Uma menina foi trazida aqui várias vezes, e na última ela veio com sinais de estrangulamento [...] Depois de muito conversar com a mãe, soubemos que ela estava separada do marido, não tinha como deixar de trabalhar, e a criança ficava com a empregada que tinha um namorado e, de vez em quando ia visitá-la. A criança passou por vários episódios. Foi feita a denúncia... [...] no final parece-me que realmente era a empregada e o namorado que maltratavam a criança...

Gaivota

A concorrência de múltiplos fatores na gênese da violência intrafamiliar é percebida pelas enfermeiras, sujeitos desta investigação, como o entrelaçamento de características pessoais dos pais, distúrbios de ordem emocional, ausência de rede de apoio, acrescidos dos problemas decorrentes de fatores macroestruturais que afetam o cotidiano das famílias. Entretanto, nesse processo, conforme afirmam Maia et al. (2003), o ser e estar com estas crianças e adolescentes demonstra a humanidade do encontro de cuidado, despendendo a sensibilidade ao cuidar do outro.

Fenômeno de Difícil Superação

Tal como é difícil reconhecer e tirar a máscara do fenômeno da violência intrafamiliar contra criança ou adolescente, a intervenção igualmente é complexa, devido ao entrelaçamento dos fatores intervenientes, mostrados nas falas abaixo:

A questão é muito profunda, envolve toda uma questão da educação, não só da educação como a questão da minimização dos efeitos da desigualdade social. Não que a violência não exista em níveis sócio-econômicos melhores, claro que existe, mas com a

informação, com certeza essas pessoas têm mais oportunidade de querer sair dessa situação.

Azulão

Assim, mesmo depois de o fenômeno ser diagnosticado, distintos fatores continuam oferecendo dificuldades à sua dissolução. Um desses é registrado, quando a enfermeira se refere a uma órgão de proteção, como vemos a seguir:

... faz visitas, mas daí são só pontuais. Então o caso dela se arrasta com certeza desde que a gente tomou conhecimento [...] e mesmo com essa equipe interdisciplinar, a gente ainda não conseguiu 'resolver' a situação, porque tem melhora e recidiva, melhora e recidiva...

Azulão

As diretrizes básicas de intervenção, junto a famílias que vivenciam interações complicadas, pressupõem um acompanhamento e controle constantes por parte dos serviços de proteção (AZEVEDO e GUERRA, 1998).

As enfermeiras participantes deste estudo expressam o desejo de "caminhar junto" ao processo de atendimento das famílias que estão vivenciando violência em seu interior, quando estas buscam o serviço de saúde. Elas ainda indicam a prática de outros serviços, como exemplo da articulação a ser seguida, visando ofertar um atendimento e cuidado interdisciplinar, a fim de suprir efetivamente as necessidades das vítimas, segundo apontam as seguintes descrições:

Quando a criança fica aqui, nós temos que entrar em contato e comunicar o ..., aí eles pegam o endereço, fazem visita, mas eu não sei como continua o trabalho deles depois disso. A relação com os profissionais dos outros órgãos é só profissional, só no momento, depois a gente não tem nenhuma ligação, não existe essa ligação entre hospital e os órgãos...

Curió

Pena que a gente não dá continuidade depois do atendimento a essa criança. O hospital deveria visitar essa criança. A gente que está aqui gostaria de saber como essa criança está sendo atendida em casa, né! Mas, depois que vão embora, não passam nenhum retorno pra nós. É diferente do serviço de intoxicação exógena do hospital [X], deveria ser um serviço assim, que a gente comunica o hospital [X], faz toda orientação e o hospital [X] está sempre ligando pra cá, pra tomar informações. Acho que o serviço de proteção deveria ser igual. Ter uma interligação com o serviço de proteção e conosco, para nos informar mesmo, ou se a gente pudesse tomar essas informações melhores. Não tem essa ligação, acho que cada um faz tal serviço bem separado.

Pardal

Como um fenômeno de múltiplas causas, sua superação também requer atuação multiprofissional dos diferentes setores do governo, sociedade civil, comunidade e organizações não governamentais, adequadamente articulados, o que, segundo a percepção das enfermeiras entrevistadas, não ocorre.

O próprio Ministério da Saúde reconhece a carência de serviços e as respostas sociais inadequadas, assim como a intervenção apenas pontual como sendo os obstáculos ou fatores de retardo na resolução do problema da violência contra crianças e adolescentes dentro de suas próprias famílias (BRASIL, 2002b).

Verifica-se que as ações intersetoriais são desarticuladas, porque os profissionais agem individualmente, ao invés de interagirem entre si. De acordo com Charon (2002), interagir significa agir tendo o outro em mente, isto é, orientando seus atos a alguém, no caso a vítima de violência intrafamiliar. Mesmo que se trate de instituições, estas são formadas por pessoas, que, ao desempenharem seus papéis de profissionais, deveriam estar buscando interagir com os profissionais das outras instituições, visando ajudar às vítimas.

Não havendo interação entre as pessoas, não há espaço para estabelecer ações articuladas entre os setores, as quais possibilitariam a resolução ou pelo menos a minimização da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Assis e Constantino (2003, p.183) salientam que, na década de 90 do século XX, houve um grande investimento na área acadêmica sobre o fenômeno da violência contra criança e adolescente, no foro doméstico fundamentado na lei de proteção, que é o ECA. Todavia, ainda há muito para se fazer em termos de práxis, reiteram as autoras. Porém, mesmo quando a enfermeira não pode dar prosseguimento ao atendimento, ela não deixou de ofertar um cuidado.

A severidade do dano é proporcional à complexidade da resolução do processo de violência intrafamiliar contra criança e adolescente. No caso da violência sexual, há dificuldades em comprovar o fenômeno. Dentre elas, estão as habilidades do agressor de construir artimanhas e mostrar-se como alguém completamente inócuo, levando até as autoridades a acreditarem na sua inocência, e que se trata de injustiça contra sua pessoa. Isto leva a desconsiderar o trabalho dos profissionais do setor saúde, como pode ser verificado na fala abaixo:

Daí todos fomos chamados para prestar depoimento, foi uma coisa assim, foi a gente que tinha que falar na frente da pessoa sabe? Do rapaz que tinha feito isso, ele dizia que não, que nós que era assim, chegou a ameaçar até, essa agente comunitária minha, que nós estávamos imaginando coisa, que não era nada disso, que ele gostava muito da criança [...] E nós é que ficamos por fofoqueiras..

Corruira

A impunidade do agressor não só pode perpetuar a submissão da vítima ao fenômeno, como também constitui risco para muitas outras em potencial. Ela concorre ainda para anular a atuação dos profissionais comprometidos com a causa da defesa da criança e do adolescente, segundo a visão de *Rolinha*:

Além de tudo, tem uma questão de impotência do que é feito com essas pessoas que agredem, que tipo de tratamento é dado... Sim, porque essas pessoas se sentem muito poderosas e seguem fazendo isso porque podem fazer, porque não receberão punição alguma...

Mesmo naquelas situações que parecem triviais no cotidiano das famílias, como educar ou disciplinar uma criança, as enfermeiras entrevistadas encontram espaço para realizar a prevenção secundária de tal fenômeno. Elas percebem a existência de resquícios da cultura da não valorização da criança e do adolescente, assim como a ausência do afeto, segundo revela a fala seguinte:

Não digo só um apoio material, porque geralmente tudo é direcionado para matéria, mas ver como foi gerada essa criança, se foi aceita a gravidez ou não, qual a evolução e qual o papel da criança para família, qual a importância da criança para família? Então sim, tu poderias começar um trabalho demonstrando para o pai e para mãe a importância dela... O que ela pode trazer..

Curió

Deslandes (1999, p.173) salienta “que os serviços de saúde não são a solução para o problema da violência”, mas o setor pode apoiar a criação e a articulação entre as iniciativas já existentes, e transformar o atendimento de vítimas de violência na emergência, num espaço de prevenção secundária da violência na família.

Foi analisada a atuação de uma ONG que visa à descentralização das ações por meio de uma maior consciência social do fenômeno da violência intrafamiliar, envolvendo diferentes instituições como co-responsáveis na proteção desse segmento da sociedade. O saldo que as famílias atendidas lhe trazem é que, nas

orientações, além de aprenderem sobre as características do crescimento da criança, parecem surpreender-se com a necessidade do fomento da afetividade nas relações entre pais e filhos (DESLANDES, 1994b, p.184).

Sendo a sociedade formada por várias instituições e em diferentes instâncias (CHARON, 2002), quando a comunicação não ocorre entre algumas destas instâncias, isto dificulta a interação e conseqüentemente a motivação das pessoas em tais organizações sociais. Elas nem sempre perceberão a inerência de sua responsabilidade com determinado tema afeto às outras organizações. Essa é a razão porque, até algum tempo atrás, se considerava que violência era apenas da alçada da justiça e da polícia. Somente na atualidade se está compreendendo a necessidade de o setor de saúde participar na luta para a superação da violência intrafamiliar, desde a prevenção de tal fenômeno.

Conquanto ele seja de difícil superação, percebe-se nas declarações das participantes o reconhecimento do amor como instituidor das relações intrafamiliares, especialmente na prevenção e no cuidado às crianças que sofrem violência dentro de seus lares.

Problemas Familiares e Sociais Associados à Violência

As enfermeiras identificam que, além do dano físico, a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente, ainda acarretam problemas nas dimensões psicológica e social, de acordo como o depoimento abaixo:

Ela tem duas filhas que têm problemas mentais, talvez por seqüelas de parto ou hipóxia, sei lá... Alguma coisa assim, e tem duas meninas, uma tem 10 ou 12 anos, e essa que tem 14...15 ou 16 anos, nem a menina sabe exatamente quantos anos tem, é uma menina apavorada.

Corruíra

A enfermeira interpreta que a violência intrafamiliar, por se constituir um processo progressivo, o qual pode culminar com a morte da vítima tornando-se uma violência fatal (AZEVEDO E GUERRA, 2001), em tais situações requer atenção especial dos profissionais, segundo revela a fala de *Gaivota*:

Eu sou chata mesmo, porque eu quero que vocês venham com rapidez. Teve um caso dessa criança com estrangulamento... o órgão de proteção disse que não tinha ninguém para vir, isso já era perto do meio dia, porque só abriria à 1 hora. Eu disse: Bom, se vocês não vierem agora, da próxima vez essa criança vai vir morta...

Por serem os indícios da violência psicológica difíceis de serem detectados, nem sempre ganham a devida atenção. Porém, os sentidos atentos da enfermeira captaram conseqüências de violência no comportamento de prontidão da vítima, como apontam os depoimentos de *Corruíra* e *Rolinha*:

No caso dessa adolescente que eu contei que era violentada pelo pai, ela é uma menina apavorada...

Uma vez me procurou uma jovem que tinha feito 18 anos recentemente, que há mais de um ano sofria abuso do padrasto. Ela estava ansiosa, queria fazer os exames, não era um caso que se encaixava no protocolo, mas ela queria fazer o exame de HIV e da hepatite. Ela se sentia muito usada, muito humilhada...

A enfermeira identifica, na característica oculta do fenômeno, sentimento de culpa na vítima, como um consumidor de energia, o qual dificultará a realização do processo vital da adolescente, como se constata na fala abaixo:

As crianças que eram as vítimas acabavam sendo as culpadas... Quando ele é enquadrado como estuprador, descaracteriza os outros dois papéis e é retirado como um criminoso [...] Muitas vezes sai dali e não existe outro provedor naquela família. Então a criança, por mais vítima que ela seja, ela acaba assumindo a culpa de responsável pela retirada do pai provedor daquela família

Patativa

Apesar de ser menos visível, a enfermeira percebe que conseqüências psicológicas podem ser simbolizadas nas situações não resolvidas que permanecem sufocadas por longo período, ao longo do processo de viver, a despeito de se conseguir alguns êxitos, segundo é revelado na fala abaixo:

Uma moça que ela e as irmãs foram abusadas pelo pai desde a mais tenra idade [...] Essa moça hoje tem traumas, mas é profissional, não que superou... Ela leva uma vida... É casada, mas chora quando fala no fato... Tenta se preservar, mas ela consegue falar no assunto.

Patativa

A enfermeira reconhece que, além do próprio sofrimento psicológico resultante da violência sexual, este pode se desdobrar em perdas emocionais e

sociais importantes que, muitas vezes, se estendem por toda a existência da vítima, como as declarações a seguir expressam:

A impressão que dá é de que isso é uma agressão tão grande à auto-estima, que a pessoa não consegue reagir, porque além de tudo tem esse sentimento de culpa, de achar que em algum momento possa ter provocado aquilo... O tempo vai passando e ela fica pensando, e aumenta a dificuldade de reagir e buscar...

Rolinha

Temos acompanhado o caso, mas o que acontece? Ela não frequenta a escola, não fala quase nada com ninguém...

Azulão

Uma menina de 12 anos que foi para um órgão de re-educação [...] A mãe havia falecido, e era criada pelo padrasto...foi identificado que ele mantinha relações sexuais com a menina [...] Mas acabou acontecendo o que se prevê numa menina de 12 anos numa instituição... Teve uma fuga e depois ela acabou fugindo com as meninas, passou a ter a vivência de rua, uma menina até com uma formação melhor no sentido que ela não cresceu com isso, mas aí a gente já via que ela procurava fugir pra rua em outras situações, e acabou adquirindo a vivência local infelizmente...

Bem-te-vi

Na perda do amor por si, levando a adolescente a não se preocupar com o que possa acontecer com sua vida, a profissional reconhece a oportunidade de cuidar desta jovem, segundo aponta a fala seguinte:

Uma outra menina que estava no órgão de proteção [...] ela foi violentada pelo pai algumas vezes, foi para rua, e com isso ela começou a ter uma vida sexualmente ativa na rua mesmo, para conseguir sobreviver... Ela falou: Se eu consigo sobreviver com isso dentro de casa, isso deve ser normal acontecer na rua...

Andorinha

Assis e Constantino (2003, p.168) citam o estudo de Wuillaume realizado com crianças de rua no Rio de Janeiro, referindo que “quando a situação anterior da criança na família é difícil e ameaçadora, na rua ela pode se sentir um pouco mais aliviada e encontrar, no grupo, formas de proteção contra os perigos”.

Dessa maneira, é em efeito-cascata que a violência repercute na vida da pessoa atingida, impedindo-a de realizar seu pleno potencial. Ela arranca-lhe a alegria de socializar com seus pares, a oportunidade de iniciar sua vida sexual de maneira natural, impelindo-a para um confuso labirinto de sentimentos formados pela dor, raiva, culpa e decepção. Kornifield (2000) afirma que a experiência de ter

sido abusada pode levar a vítima a ter incapacidade para amar, pois ela aprende que confiar no outro é perigoso, e talvez leve para seus relacionamentos futuros tais problemas não resolvidos.

Esse fato aponta para a importância de um cuidado amoroso. A enfermeira, ao acolher esse ser humano, valorizando e respeitando-o, estará contribuindo para a restauração de sua capacidade de amar, o resgate de sua dignidade e a extinção da condição de vítima.

As profissionais entrevistadas reconhecem o fenômeno da violência intrafamiliar captando indícios referentes aos vários tipos citados na literatura. Apesar de ser um fenômeno mascarado, algumas condições subsistentes levam-nas a pensar em suas possíveis causas e que, a despeito dos indícios, este é um fenômeno de difícil superação e que deixa em seu rastro sérios problemas familiares e sociais.

6.1.2 Definido a Família que Vivencia o Fenômeno

A subcategoria que permite definir a família que vivencia o fenômeno da violência em seu ambiente doméstico é uma combinação de três outras derivações: **vive de forma enredada, vive sob tensão e nega a vivência de violência intrafamiliar.**

Vive de Forma Enredada

Grüdtner (1997) conceitua família como um grupo de indivíduos ligados por laços afetivos e/ ou de consangüinidade, que interagem entre si, consigo e com o mundo, buscando encontrar o sentido da vida. Portanto, saudável é a família que fomenta o enfrentamento das crises através do diálogo, ajuda seus componentes a construir seu sentido de vida, o qual os impelirá nos momentos propícios ou nos de pressão, solidão e sofrimento.

O "viver enredado" das famílias, retratado pelas falas das enfermeiras desta pesquisa, surge quando as situações que elas vivenciam formam uma rede, cujas malhas envolvem os membros, resultando na produção e (re)produção de violência

contra estes membros. Fica evidenciado por esses aspectos que a família que vivencia violência em seu interior não é uma família saudável.

Bradshaw (1997, p.72) utiliza o conceito de enredamento para descrever o “estado de confusão em que a pessoa não sabe onde termina e onde começa o outro”. Ao se transladar esse sentido para as relações existentes dentro de uma família em que a *performance* das pessoas é essa, encontra-se situações propícias para se produzir a violência interpessoal, já que é fácil os direitos e limites de seus integrantes serem violados, por não estarem claramente definidos.

A doença crônica de uma filha, o alcoolismo do marido e a conseqüente limitação financeira são vistos pela enfermeira como as tramas que formam uma rede, a qual leva a mulher-mãe, com freqüência, a agir no nível do “eu” do *self*, que é o estágio instintivo, e assim a reagir agressivamente contra os filhos, quando desapontada. É o que se nota no depoimento registrado abaixo:

Os vizinhos denunciam a mãe. Daí ela vem aqui no posto, a gente chama para conversar e ela diz que é nervosa porque ela tem uma filha com problemas graves de saúde... O marido é alcoólatra, não traz dinheiro para dentro de casa e ela às vezes fica nervosa. Já viram na rua ela espancando, arrastando agredindo e, puxando pelos cabelos a criança...

Ela conta uma história que a situação dela é super difícil...

Azulão

Algumas vezes, ao buscar ajuda nos serviços de saúde, o enredamento da família torna-se visível e público aos olhos do profissional. Interações ansiosas e agressão verbal dos pais sinalizam à enfermeira que esta família possivelmente vivencia violência em seu interior, como podemos observar na seguinte fala:

Às vezes a gente vê chegar uma família nesse tumulto, nessa coisa... e a gente pensa... Meu Deus como é que eles vivem nessa coisa louca? Como é que não deve ser em casa isso? A questão da criança... o pai agredindo, a criança sentindo molestada o tempo todo. Muitas mães sabem, e a gente sabe que acontece isso...O que passa nessa cabecinha?...Agora é muito complicado...

Gaivota

O viver enredado da família torna-se evidente para a enfermeira quando a mulher-mãe, transtornada, agita-se entre a dor e o desapontamento, ao descobrir que o próprio marido é o agressor sexual da filha do casal, levando-a temporariamente a negar o fato, segundo revela a fala abaixo:

Uma mãe que se deparou com o abuso, naquele momento, de um pai que era o abusador que está presente ou não, às vezes tem que mandar buscá-lo... Ou de uma família que está tentando omitir aquele caso e dizer que aquilo não foi violência sexual... É muito complicado para esse profissional...

Gaivota

As enfermeiras ainda percebem como laços da caótica rede familiar o segredo do agressor sexual, obtido às custas de ameaças à vítima, que a confundem e mantêm-na presa a uma situação suportada sob imenso sofrimento, como se constata nos depoimentos seguintes:

Uma criança de nove anos e, também as outras irmãs, eram abusadas pelo pai. Ela cresceu sabendo o que o pai contou que todo pai fazia isso com as filhas... Quando ela cresceu [...] na segunda série ela contou para amiguinha o que acontecia. "Contigo não acontece assim? Meu pai disse que é assim, só que é segredo, mas eu estou contando para ti!" A amiguinha foi e contou para mãe e, a mãe da amiguinha contou para mãe da amiguinha violentada, daí a mãe chamou a polícia e descobriu que o pai violentava as outras duas irmãs também...

Patativa

A menina ficou super nervosa e a mãe da criança dizia: "Escuta, mas porque você não contou para tua mãe?"..." Porque ele dizia para mim que o meu pai ia ser preso ou ia morrer se eu contasse alguma coisa."...

Corruíra

A profissional de Enfermagem identifica, na família a seguir mencionada, que o fenômeno da violência intrafamiliar possa ser de origem intergeracional. Elsen et al (2004, p.66) registram que a violência no âmbito doméstico "é cíclica, repetindo-se cotidianamente com os mesmos protagonistas, às vezes ao longo dos anos, trazendo uma série de danos físicos, psíquicos e sociais".

Encontra-se pelo menos duas interpretações para essa situação. A sociológica defende que a mãe está imitando o que vivenciou na sua infância. Já a leitura psicológica fala que a carência de amor sofrida pela mãe perturbou a criação do vínculo de afeto entre ela e sua própria mãe, refletindo-se numa relação fria para com a geração seguinte, ilustrada pelas falas a seguir:

Essa mãe já tem uma história, de que a mãe dela fazia a mesma coisa com ela e com o irmão, não alimentava, as crianças. Elas não se desenvolviam e aí acabou se separando do pai. A mãe abandonou os filhos, deixou com o pai e agora... ela (essa filha) repete a mesma coisa com o seu próprio filho. Então o pai dessa

criança é quem cuida, ele que tem que ficar o tempo inteiro atendendo.

Corruíra

Geralmente quem pratica violência é porque sofreu violência na infância, então não tem culpa. Elas vão reproduzindo o que viveram... Então a gente procura despertar nessas mães esse lado amoroso de um discurso mais amoroso dessa relação.

Sanhaço

Uma das premissas básicas do viver em sociedade, segundo o Interacionismo Simbólico, é que os seres humanos agem em relação às coisas com base no significado que elas têm para si, visando a cooperação (BLUMER, 1969). Ora, se interagir significa agir levando a outra pessoa em conta, com base nos significados que a situação tem para cada um dos participantes, e se viver em sociedade pressupõe um agir cooperativo, nas famílias que surgem nas falas das enfermeiras deste estudo os significados de seus membros não produzem a cooperação. Pelo contrário, as pessoas tendem a se afastar umas das outras, resultando num agir individual que culmina com a violência intrafamiliar, configurando o enredamento do viver em família.

Família Vive sob Tensão

Os achados desta investigação demonstram que as enfermeiras reconhecem a família que vivencia o fenômeno da violência através do viver sob tensão. Na presença da tensão, as relações, em geral, são conduzidas na base do abuso do pátrio poder por meio da força física, psicológica ou moral, caracterizando uma família que vive sob um clima de opressão, conforme se verifica nos depoimentos seguintes:

Ela negou, chorou, chorou, chorou, chorou e negou e disse que não, e que se o pai dela sabe que ela estava indo ali no posto de saúde...Ela ia apanhar do pai de chicote...

Corruíra

São vários os sinais, e eu vejo muito a linguagem do corpo. São aquelas mães que estão totalmente retraídas dentro de si, ficam encolhidas, sentadas, não querem conversar com ninguém têm medo, se assustam quando é horário de visita. A gente percebe que

elas começam a ficar mais apreensivas, quando recebem ligação da família... mostram algum rancor e acabam falando alguma coisa... Geralmente é por problemas de alcoolismo dos maridos...

Sanhaço

São mães que evitam ir para casa, criam um vínculo forte com o hospital, com a gente, criam quase uma relação...fazem da gente como se fosse a mãe delas... pela proteção... aí a gente começa a desconfiar.

Sanhaço

Por não serem compartilhadas, e sim dirigidas à força, as enfermeiras percebem que essas relações geram, nas mulheres-mães e mesmo nos filhos, uma espécie de “dormência para os próprios sentimentos” e o mundo em volta (BRADSHAW, 1997, p.72), como se observa nos relatos abaixo:

Duas meninas irmãs eram vítimas... Eu acho que a mãe era meio deficiente, ela não era completamente lúcida, não sei se ela bebia, ou do tempo que ela bebia...

Andorinha

Alguns momentos ela é uma mãe super calorosa, a gente vê que ela gosta das filhas, mas o que é que a leva a essas mudanças de comportamento, eu vejo que são as dificuldades da vida, uma insegurança total no dia-a-dia de enfrentar a vida com aquela situação. Ainda a filha que tem mielomeningocele, que ela tem que trocar a sonda todos os dias. As questões de higiene ali na casa não são as mais adequadas. E ela é uma moça nova, bonita, exuberante, cheia de vida e se vê privada das necessidades dela mesma, né! Então é um conflito imenso porque...

Azulão

Uma moça e as irmãs também abusadas pelo pai, desde a mais tenra idade. Ela questionou a mãe porque ela não intervira e, a mãe dizia: "Minha filha, eu venho de um tempo que o casamento era para sempre e aquilo não tinha como se desmanchar, então eu via e sofria, mas eu não sabia que eu podia intervir!"...

Patativa

*O agente comunitário ia à casa e observava a mãe... Ela é uma mulher extremamente submissa que não conseguia nem falar com o agente comunitário. Depois outra agente veio também conversar comigo e disse que ela estava desconfiada sobre a situação, a menina disse que chorava muito que o pai era muito violento...
Corruíra*

O olhar de medo em uma criança que chega ao serviço de saúde é interpretado pela enfermeira como um símbolo de violência intrafamiliar, cujo sinal apresenta algum significado, conforme se lê nas falas a seguir:

Eu vi que sofreram violência porque têm um olhar de medo, te olham apavoradas, não aquele apavorada porque fez alguma coisa errada, mas apavorada porque recebeu um tapa, porque machucaram. Então elas transmitem no olhar o medo de qualquer coisa, às vezes têm medo até de falar..

Curió

Aí eu olhei para ele e perguntei: O pai bateu na mãe? Aí ele: "É tia, o pai bateu na mãe." Olhei para ela e me respondeu: "Não, não, não quero falar, não é verdade.". Ele disse: "É tia, o pai bigô com a mãe." O de três anos. Um tinha dois e pouco e o outro tinha três e pouco, era um ano de diferença. É, o pai brigou com a mãe? O que ele fez?, eu perguntei. "Ele bateu. Matá, ele vai matá a mãe." O menino entregou tudo assim pra mim. E tu tais com medo? Ele assim: "É, eu tô com medo tia..."

Sabiá

Nós já tivemos crianças de 8 ou 7 anos, e as crianças ficam um pouco reprimidas em falar, aí depois a gente afasta pai e filho e a gente começa a colher os dados [...] e tem situações de crianças de oito ou nove meses que quer ficar com a gente.

Pardal

Bradshaw (1997, p.72) afirma que, nas famílias que vivenciam situações de violência em seu interior, "os filhos ficam confusos quanto aos seus sentimentos, pensamentos e desejos porque estes não são validados pelos modelos paternos".

Relações sob a forma de ameaças, tolhimento da liberdade e opressão, e mesmo a ausência emocional são interfaces da violência intrafamiliar, a qual, de uma forma ou de outra, resulta no "aniquilamento do outro" (MINAYO et al., 2003, p.25).

Para Mead (1993), o ser humano nasce inacabado e, assim como a biologia influencia o que o ser humano faz, forças externas a ele, que são as forças sociais, também influenciam seus atos. Desta maneira, a criança aprenderá, desde o início de seu processo de viver, a interagir como os demais membros do grupo familiar agem e reagem. Se essas relações forem tensas, provavelmente os filhos assimilarão esta forma de se relacionar também.

Nega a Violência Intrafamiliar

A negação da violência em seu interior, por parte da família, é percebida pelas enfermeiras como uma dificuldade a mais para dar visibilidade ao fenômeno. São muitas as razões que concorrem para essa negação.

Uma delas é o pensamento de que é natural o homem ter mais poder que a mulher. Por isso, em geral, ela não reconhece como violência o que vem sofrendo ou assistindo em sua família (BRASIL, 2002b, p.15). Isto é retratado na seguinte fala:

A menina não frequenta a escola, não fala quase nada com ninguém, o órgão de proteção está sabendo, a mãe encobre... Semana passada, ainda, a gente marcou um horário para mãe vir aqui com a menina, para nós três conversarmos, eu, a psicóloga e a mãe... para ver a situação da saúde da menina... porque ela não estava indo para escola...mas a mãe dela não veio...

Azulão

Outra razão para os pais negarem a violência, definida pelas enfermeiras, é o não reconhecerem que seu comportamento se configura como uma forma de violência intrafamiliar. Diante de uma criança com sinais suspeitos, como febre e hematomas pelo corpo todo, a profissional inquire e, de acordo com declaração abaixo:

Os pais sempre negam que estavam fazendo arte demais, que bateu sem querer...

Pardal

Uma das particularidades da família que vivencia o fenômeno da violência em seu interior é utilizar a estratégia de mudar frequentemente de endereço. Assim, a pouca coesão ou o próprio isolamento social deixam seus membros cada vez mais expostos à perpetuação da violência, como apontam as falas a seguir:

Aí a gente ia lá fazer a visita e a família não estava. Nunca estava. A última notícia que eu tive foi que eles voltaram para sua cidade de origem...

Corruira

Eles fogem! A gente sabe de famílias, volta e meia eu recebo e-mails do serviço de proteção: Família tal, moradora do bairro X, saiu com a criança tal e essa criança está sendo procurada pelo serviço de proteção. Se essa criança aparecer na área, nos comuniquem

*porque tem histórias de maus tratos. A família foge porque ela não quer intervenção, ou pelo menos não quer esse tipo de intervenção...
Patativa*

As informantes percebem que, por medo do homem ou dependência econômica, muitas vezes a mulher-mãe esconde a violência, condenando uma criança ou adolescente à perpetuação deste fenômeno, por longo e indeterminado tempo, como constata os seguintes comentários:

Sabe, algumas vezes as mães encobrem e, esse é o grande problema. Encobrem por uma série de razões, uma delas por medo, algumas vezes por problema econômico...

Sanhaço

Eu acho que os adultos que estão presentes, eles são de certa forma cúmplices, ou por medo, não sei exatamente qual é a razão.

Corruíra

O interesse em proteger um adulto é percebido pelas entrevistadas como razão para mulheres-mães esconderem a violência contra a criança. Tal interesse pode advir da provisão material que um relacionamento subsequente ao rompimento do casamento pode significar, o que é ilustrado nas declarações abaixo:

As mães que trazem aqui mencionam – que é caso de violência sexual – mas, as que vêm através do Conselho ou distrito policial, tentam no início... fugir. Depois de muita conversa com a psicologia e serviço social, aí sim a coisa aflora. Mas, no início elas tentam, resguardar o marido, o companheiro, ou o amigo.

Gaivota

Tem situações que não tem nem como, porque os pais, até a mãe, são coniventes com aquilo que está acontecendo.

Andorinha

Porém, as enfermeiras discernem que há situações em que a mulher-mãe surge como cúmplice por desconhecer a situação, dado o fato de a violência acontecer na sua ausência, enquanto trabalha, já que muitas vezes, é ela a provedora da casa, como mostra o relato de *Patativa*:

Existem momentos que a mãe é conivente com o abuso e existem momentos que a mãe não sabe. É que a mãe trabalha, e o pai assume a parte de cuidador, quando a mãe trabalha fora também...

A enfermeira reconhece que, além disso, mesmo depois de tomar conhecimento, muitas vezes a mãe-mulher precisa de algum tempo para assimilar e

vencer a negação de que aquilo está ocorrendo em sua família, como ilustra a fala seguinte:

Existem momentos que a mãe custa a acreditar. Não que ela seja omissa... pode até estar sendo... Mas é muito difícil para ela esse momento de se deparar que o companheiro pai dos filhos dela é o abusador. Então, diante daquele choque, e por ela não ter a percepção do mal maior, que o estupro causa para criança, a parte psicológica, o que vai gerar para essa criança, ela não detecta naquele momento, então para ela...

Patativa

Conquanto as informações estatísticas sejam inconclusivas, dados de 2002 da ABRAPIA⁴ revelam que 35% dos casos de violência sexual são praticados por padrastos, ao passo que 33% pelos pais biológicos. Montgomery (2005, p.16), mencionando dados estatísticos da Clínica Psicanalítica de Violência, afirma que, em 80% dos casos de abuso sexual contra a criança e o adolescente de todas as classes sociais, “o agressor é o próprio pai”.

O poder é um conceito central nas relações sociais, e por isso ele está presente nas ações de cada ator. O poder social pode ser traduzido pela capacidade de fazer valer a vontade de quem o exerce (CHARON, 2002). Nas interações entre pessoas tidas como normais, ocorre a negociação para que os direitos, dignidade, liberdade e vida das pessoas sejam preservados. Na família que vivencia o fenômeno da violência em seu ambiente familiar, vê-se que esse princípio é desconsiderado, quando o agressor utiliza a autoridade para fazer valer sua vontade. Tal ação caracteriza o abuso de poder, que vai desde o desrespeitar o outro como sujeito de direito, capaz de tomar decisões, até o obrigar tanto crianças, adolescentes, e mesmo adultos, ao conluio silencioso para manter segredo da violência intrafamiliar, preservando a privacidade.

Quando existe a negação da possibilidade do outro exercer sua autonomia, quando ele não é respeitado como um ser único, de valor, e digno de ser tratado com consideração, percebe-se a ausência de respeito e amor na vida dessa família. Para crianças e adolescentes vivendo numa atmosfera estéril de afeto, não só, seu desenvolvimento está sob risco, como há tendências para que relacionamentos violentos sejam desenvolvidos (BOWLBY, 1984).

⁴ Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência

Considerando que o ser humano é um ser de relações, e que estas são aprendidas no convívio com o outro; considerando também que o amor é uma necessidade para o viver humano, igualmente aprendido na socialização, sua ausência poderá acarretar prejuízo a esses seres humanos em desenvolvimento, privados de um relacionamento que lhes afirme a identidade e unicidade.

O autoritarismo masculino, ao provocar medo na mulher, proíbe-a de procurar ajuda, levando-a a submeter-se a violência e reduzir-se à condição de vítima, causar violência a outros, pela sua incapacidade de reagir. Vários aspectos da vida das vítimas podem ser aniquilados, impedindo a socialização dos adolescentes, bem como gerando a proibição da escolarização das crianças.

Em famílias como as retratadas pelos dados citados, muitos fatores concorrem para a gênese da violência. No dizer de Bradshaw, o enredamento formado pelos problemas do cotidiano constitui uma rede que prende pais e filhos. Nesta rede, a tensão gerada por não encontrar solução adequada para os problemas faz a mulher-mãe usar as crianças “como bode expiatório” (1997, p.77) para extravasar sua raiva, necessidades, e vergonha também.

O estudo de Spitz (1983, p.258) sugere que distúrbios na formação das primeiras relações de confiança resultam provavelmente em grave prejuízo da capacidade do adolescente e do adulto para estabelecer outras relações interpessoais, entre elas as de amor, expondo assim essas pessoas a sérios problemas sociais. Mas, além do sofrimento presente das crianças, essa vivência está afetando a sua própria socialização, desenvolvida num ambiente em que reinam relações violentas. A teoria interacionista postula (MEAD, 1993) que a socialização da criança se dá a partir da imitação das regras sociais que vivencia em casa, e continua nos outros grupos em que se inserirá, à medida que cresce.

As falas mostram que o que ocorre entre a vítima e o agressor não é uma interação, e sim uma relação de aniquilamento da autonomia da vítima, que a coisifica. A interação social pressupõe levar o outro em consideração, respeitando sua vontade e seus significados, mas o uso do poder para subjugar o outro configura uma relação de violência.

Tais relações de poder resultam em violência e mostram a dupla necessidade de amor na vida das vítimas: uma porque a criança precisa ser apreciada, valorizada

e acreditada, para crescer saudavelmente e se tornar um adulto responsável como Maturana (2001a, p.10) afirma:

Nós pensamos que o futuro deve surgir dos homens e mulheres que viverão no futuro. Homens e mulheres que deveriam ser íntegros, autônomos responsáveis pelo seu viver e pelo que fazem, porque o fazem a partir de si; homens e mulheres sensíveis, amorosos, conscientes de seu ser social e de que o mundo em que vivem surge com seu viver...

E a outra necessidade é para ser bálsamo para o cuidado das feridas causadas pela violência.

Os dados aqui apresentados e discutidos nesta subcategoria, qual seja: **definindo a família que vivencia o fenômeno** da violência, mostraram famílias que têm um viver enredado. Este fato gera um viver tenso, não somente para seus membros, mas também para as pessoas que com elas convivem, realçando a tendência que essas famílias têm em negar, esconder sua vivência violenta.

Dessa forma, definir a violência e a família onde o fenômeno se origina se constitui o ponto de partida do processo de cuidar das enfermeiras. Este ponto de partida é fundamental para que elas possam cuidar. Nessa etapa do processo, além de as enfermeiras reconhecerem o fenômeno e a família que vivencia violência contra criança e adolescente, as profissionais percebem a necessidade que a vítima tem de ser cuidada de uma maneira diferenciada, com amor, ou seja, com um cuidado amoroso, aquele que suscita esperança e desperta o potencial no ser humano, sobretudo a capacidade de criar o amor (BRADSHAW, 1997) na vítima, através de suas ações e interações.

A maneira como as enfermeiras definem a família que vivencia o fenômeno em seus contextos de trabalho destaca-se neste estudo como parte integrante do Modelo de Cuidar em Enfermagem às vítimas do fenômeno de violência intrafamiliar.

6.2 Interagir/Agindo Frente ao Fenômeno:

Interação social ou interação mútua representa os processos ocorridos entre seres humanos em que cada um orienta seus atos para o outro e é influenciado por eles, através da comunicação. Diante de uma criança ou adolescente que sofreu violência no seio de seu lar, as enfermeiras empreendem uma série de interações,

consigo mesmas e, depois, com outros profissionais ou serviços, assim como efetivam várias ações, visando oferecer cuidado a essas pessoas.

Optou-se, nesta análise, por lançar um olhar para esse cuidado nas perspectivas de subjetividade e objetividade. Assim surgem as duas subcategorias que compõem a categoria agora tratada, quais sejam: **Cuidando Subjetivamente** e **Cuidando Objetivamente**.

Portanto, interagir/agir frente ao fenômeno da violência intrafamiliar pode ser visualizado como cuidar de sua vítimas. Este cuidar, segundo Maia et al. (2003), deve ser visto pelos profissionais como um ideal moral e ético, constituído de esforços interpessoais de ser humano para ser humano, buscando proteger, promover e preservar a humanidade, ajudando as pessoas a encontrarem significados no sofrimento. O sofrimento associado à violência intrafamiliar atinge as diversas dimensões das pessoas envolvidas no processo, apontando para a necessidade de um cuidado que, além da competência técnica, contenha elementos do amor ágape, para aliviar a dor e poder ajudar essas pessoas a encontrarem um sentido para sua existência, a despeito do acontecido.

6.2.1 Cuidando Subjetivamente

A violência, em qualquer expressão, toca a unicidade e vulnerabilidade de cada ser, provocando a sensação de desamparo e solidão. É uma condição que requer um cuidado que “se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser” (SOUZA et al., 2005), configurando-se no cuidado amoroso prestado pela enfermeira.

Segundo Travelbee (1979), assistiu-se uma visível derrocada do amor nas truculentas e crescentes cenas de violência do nosso cotidiano, a partir dos anos 60 do século XX. Em sua teoria de Enfermagem, a autora incluiu o amor como uma condição para a saúde física e mental, de forma que este valor, sentimento – substantivo ou adjetivo, mostra-se pertinente a essa disciplina profissional. A referida autora utilizou o termo "amor" no sentido oposto ao da indiferença, pois reconhecia que ele tinha sido esvaziado de sentido.

Para as enfermeiras entrevistadas na realização desta pesquisa, a subcategoria "cuidando subjetivamente" apresenta as três interfaces: **acolhendo**, **orientando** e **preservando**.

Acolhendo

Acolher comporta a idéia de abrigar, de proteger. Ao instituir que as vítimas de violência intrafamiliar fossem levadas para um lugar reservado, onde pudessem acalmar-se e evitar a propagação de sua história, a enfermeira percebe a criança sob abalo emocional necessita que ela oriente seus atos na direção de mitigar o seu sofrimento.

O conjunto de interações empreendidas por *Gaivota* configura um cuidado subjetivo e amoroso, segundo o relato abaixo:

Eu chegava aqui e via que a criança ficava aguardando ali na frente e ficava um certo tumulto, porque, querendo ou não, eles conversam entre si, uma mãe pergunta para outra e tal... Então vi que isso estava dando muita repercussão, esse tumulto aqui na frente. A partir daí comecei a pensar: A gente vai ter que mudar esse sistema..., Vamos dar prioridade para esse atendimento. Comecei a pedir para as meninas do atendimento, que quando a mãe disser: "Estou trazendo porque foi vítima de agressão. "... Vocês façam a ficha e com naturalidade levem a criança lá para trás...

A profissional adota uma atitude acolhedora com o propósito de comunicar confiança, através do toque ou da atenção concentrada na criança, a fim de estabelecer um vínculo com a mesma, visando diminuir o impacto da hospitalização, explicitando um cuidado amoroso de Enfermagem, segundo mostram os relatos a seguir:

Se for uma criança pequena, a gente procura acalantar, pegar no colo, mesmo que ela resista um pouco, mas a gente faz carinho, conversa, procura criar um vínculo através do olhar para que ela se sinta tranqüila e mais confortável. Se for uma criança maior, a gente procura sentar, oferecer uma brincadeira para que essa criança relaxe, também sinta confiança. A nossa intenção é trazer a criança para perto da gente, para que ela não sinta ameaça nesse ambiente hospitalar...

Sanhaço

Primeiro tem que demonstrar carinho, quando a criança é maior. Nenezinho a gente não consegue, mas quando é maiorzinho, que já

fala, a gente se aproxima para ele pegar a confiança e ele mesmo contar, porque a gente acha que a criança não vai mentir... Se ela não sente insegura e não tem medo, principalmente se ela não vai se sentir traída por ti... Então a gente começa a conversar, e aos poucos eles vão contando o que realmente aconteceu, quem fez, quem não fez...

Curió

Entretanto, ocasiões há em que a interação entre a criança e a enfermeira significa algo mais que um acolhimento. O conforto e segurança produzidos pelo cuidado da profissional são interpretados pela enfermeira como um nutriente afetivo, uma vez que este leva a vítima a preferir ficar com a profissional, ao invés de voltar para o colo da mãe, conforme é registrado no relato abaixo:

Tem situações de crianças de oito ou nove meses que preferem ficar com a gente a ir com a mãe...

Pardal

O agir da enfermeira, ao cuidar, revela reconhecer na jovem um ser social que, através da interação com seu *self*, é capaz de elaborar e fazer escolhas. A enfermeira está vendo aquela pessoa como um outro atuante, que experiencia uma situação inusitada, legítima, e que, por se tratar de situação tão delicada, não deve dar a outrem o poder de decidir por ela, reconhecendo-a como outro cidadão (DUPAS; OLIVEIRA e COSTA, 1997). A ação da enfermeira transparece a dimensão político-social, por estar potencializando a construção de sua cidadania (SOUZA et al., 2005). Quando a enfermeira acolhe a jovem vítima, para que esta saiba que tem alguém com quem possa contar, mostrando as possibilidades de ajuda que ela tem, e respeita a escolha da alternativa que melhor lhe parecer, está tomando uma atitude de “valorização do sujeito cidadão ativo e consciente” (ASSIS e CONSTANTINO, 2003, p.183). Isto está ilustrado na fala a seguir:

Eu acho que assim, o que tem como importante e fundamental, é eu me colocar disponível para poder ajudar a outra pessoa no que ela solicita no momento...

Rolinha

Para o acompanhamento da situação, a vítima também é acolhida pela enfermeira, cujas interações são constatadas na fala de *Sabiá*:

Muitas vezes ela tinha problemas e vinha conversar comigo. Nas últimas consultas que fez, disse que ele tinha melhorado e a vida

dela também tinha melhorado muito... Tinha conseguido um emprego, não era mais diarista, os filhos já estavam maiorzinhos...

A enfermeira cuida, acolhendo aquela mulher-mãe que está acompanhando o filho internado na unidade pediátrica, conforme é descrito a seguir:

É o ombro amigo, é sentar, deixar que elas falem, é criar o espaço para que ela possa colocar sua dor, é respeitar seu momento de dor, de abertura. Isso é inerente já ao enfermeiro, a gente tem essa formação, então é isso, quando a gente detecta, eu procuro criar sempre um ambiente propício para que essa mãe possa se abrir e realmente até pedir ajuda, e muitas vezes elas pedem...

Sanhaço

Enfim, a enfermeira observa que acolher bem a família da vítima, interagindo precocemente com ela, facilitará o processo de cuidar, segundo mostra o relato de *Gaivota*:

Tratar com maior carinho, e muitas vezes eu dava uma maior atenção [...] Porque vi que era mais difícil quando a criança chegava lá atrás, eu já tinha mais dificuldade de chegar até ela... Então a gente sempre tenta na hora que recebe uma criança assim e a família, se infiltrar mais... querendo ajudar. Dá impressão que se tu começar a investigar e começar a tratar a mãe com mais carinho e a criança também, consegue às vezes até tentar achar uma maneira de ajudar.

Quando, durante a consulta de acompanhamento do desenvolvimento das crianças, a enfermeira ouve um pedido de socorro, vindo de uma criança de três anos de idade, ela não só acolhe a vítima de violência psicológica, como a ouve, tenta tranquilizá-la e, com brandura – mas com firmeza – confronta a mãe para que esta abandone a postura de negação da vivência de violência intrafamiliar, configurando um cuidado à família. Isto surge na fala seguinte:

A tia vai conversar com a mãe, nós vamos tentar ajudar a mãe, tá? Aí eu atendi os meninos e disse para ela: A gente precisa conversar porque se os teus filhos tão me contando, é porque querem ajuda.

Sabiá

Além de compromisso para com a vida da criança, ao adiantar-se e acolher a vítima ou mesmo a família, ou interagir com essa vítima indiretamente, a enfermeira está, não apenas reconhecendo os seus direitos, mas atuando em consonância com os ditames do ECA, o qual concede à criança e ao adolescente o direito serem cuidados, bem como de participar de seu cuidado (FERREIRA, 2002).

Dessa maneira, ao dispor-se a ouvir, interagir, proteger e respeitar os seres humanos dessa família, por reconhecer o clima de ameaça, insegurança e medo expressos no olhar, na feição da criança, a enfermeira estava cuidando. Mesmo parecendo ser ações tão elementares, elas se constituíram nas primeiras ações do processo de cuidar (inter)ativamente.

Orientando

A orientação também é uma ação de cuidado de Enfermagem ofertada através da interação/ação. Nesse caso, o reconhecimento ao direito do ser humano sobre suas escolhas se reflete numa ação não baseada no paternalismo, e que não imponha, em qualquer base, possessividade por parte do enfermeiro, mas que busque um equilíbrio, respeitando a singularidade de cada situação.

Interagir/Agir expressa o cuidado da enfermeira para com a adolescente que passara a viver na rua, em consequência de violência sexual incestuosa, pois a rua apresenta-se como sendo “um local de exposição a sérios riscos e agravos à saúde” (ASSIS e CONSTANTINO,2003, p.168), como se constata no relato a seguir:

Quando fugia da casa, ela não vinha participar do grupo, eu trabalhava um pouco mais com ela individualmente e, ela se cuidava, para não pegar uma doença sexualmente transmissível... São essas coisas, e até o medo de ela ser morta, por caras que não tão nem aí, pegam, levam para qualquer lugar, fazem o que querem, e não tão nem aí para o que vão fazer com ela, usam e depois largam...

Andorinha

Ao ouvir relatos de violência intrafamiliar durante os trabalhos no grupo de ajuda mútua sobre depressão, a enfermeira reconhece a necessidade de cuidados que essa família tem, e inicia-o pela conscientização da mulher-mãe vítima, com orientações sobre a situação e os possíveis caminhos, como pode se observar na fala abaixo:

Trabalhar de uma forma que a mulher perceba que aquilo é violência contra ela, quando isso acontecer. Tem que ir à polícia, denunciar ele. Mostrar que tem um leque de oportunidades para tomar, e que ela não precisa continuar naquele caminho da violência... Mostrar o que pode acontecer com ela, com o marido, com os filhos, se ela fizer uma denúncia... Às vezes a parte da enfermagem não é aquela parte curativa como eu falei, mais a de

conversa, mostrar os caminhos diferentes, né... Tu podes continuar naquele caminho e continuar apanhando, mas tu podes ir à polícia, tu podes fazer isso, tu tens direito a isso, se acontecer, tu vai para o juiz. A gente tem que explicar para elas...

Andorinha

Então, quando a violência acontece contra uma pessoa adulta, a enfermeira argumenta, esperando que sejam levadas em conta as razões por ela apontadas, ao perceber a necessidade que aquela pessoa tem de se proteger, para assim estar protegendo os filhos. Mas a profissional sabe que as ações decorrentes dessa orientação dependerão das escolhas que a mulher-mãe fará. Porém, se a violência física passar a atingir os filhos, a equipe de saúde tomará medidas para protegê-los. Mais que um mandamento legal, o que move a enfermeira a proteger as crianças é a concepção, apontada por Souza et al (2005), do valor intrínseco da vida, segundo mostra o relato seguinte:

Eu falei que ela tinha que ir ao órgão legal. Aí para ela fazer um exame, de corpo delito, que ela tinha que se proteger, porque ela tinha duas crianças para criar [...] Da mulher a gente fez todo o processo de orientá-la. Eu comecei a examinar as crianças mais freqüentemente, por que se houvesse uma violência infantil, nós teríamos que tomar uma posição mais severa.

Sabiá

Interpretando como uma possibilidade de estar ocorrendo violência psicológica contra uma criança que ainda está no útero, a enfermeira interage/age orientando a mulher-mãe sobre os possíveis desdobramentos deste fenômeno. Ela vê essa situação, como uma oportunidade para prevenir a violência intrafamiliar, constituindo-se num outro cuidado amoroso da enfermeira, como apresenta a fala a seguir:

Tem mães que não aceitam a gravidez de jeito nenhum e falam... "Uma 'caquinha' aqui na minha barriga."... Sabe, essas coisas assim, então nesse ponto, ainda durante o pré-natal, a gente faz encontro com gestantes, a gente pode conversar... : Você não deve falar essas coisas, porque você está falando isso? Então a gente ainda consegue resgatar as coisas ali, mas eu acho que essas crianças já sofrem desde o ventre, né?!

Corruíra

Além de cuidar da criança vitimizada, a enfermeira ainda encontra espaço, na emergência pediátrica, para orientar os pais sobre o fato de que o tratamento

dispensado a seus filhos pode estar constituindo violência contra eles, segundo mostra o depoimento de *Pardal*:

A gente dá uma orientação a respeito. Sobre violência contra a criança.

Mesmo conhecendo a complexidade do fenômeno da violência intrafamiliar, o agir desta profissional estava apropriado à concepção de Deslandes (2002, p.171), quando afirma que “uma atuação preventiva no âmbito da emergência tem de se adequar às características do próprio serviço”. Mas, para dar continuidade ao cuidado das vítimas e sua família, precisa-se de serviços de apoio individual às vítimas e familiares. A autora conclama o setor saúde a ampliar sua atuação para além do só contar “as vítimas da violência, reparando suas lesões e lamentando suas seqüelas (e os custos em repará-las)”, avançando, a enfermeira cuida quando atua na direção da prevenção a novas violências.

A enfermeira cuida também quando orienta a família sobre o procedimento para reparar danos físicos conseqüentes de violência sexual em uma adolescente, ocorridos na infância, conforme evidencia o relato abaixo:

Uma vez atendi ao telefone, uma mãe que queria saber se aqui no hospital faziam a reconstituição do hímen. A filha sofreu um abuso quando era criança, agora era adolescente, estava com 15 anos e namorando...Estavam pensando [...] em ver alguma coisa que pudesse reparar esse mal. Mas, ela não se identificou só falou isso pelo telefone. A gente se colocou à disposição porque não era só esse o encaminhamento, tem um acompanhamento, uma avaliação com psicólogo...

Rolinha

Orientação com vistas a prevenir a violência intrafamiliar também está na pauta das ações de cuidado da enfermeira, ao utilizar o tempo e a sala de espera da unidade local de saúde, segundo aponta o registro a seguir:

A gente fez trabalhos de grupos, de puericultura, de mães que traziam as crianças para consulta de acompanhamento... Vinham para consulta e participavam de grupos, então se discutia muito a questão da violência...

Azulão

Diante do relato da agente comunitária que percebera indícios de violência intrafamiliar, a enfermeira cuida, orientando a equipe de saúde para intensificar a observação da família sob suspeita, de acordo com o registro abaixo:

Criança pequena, até mais ou menos 2 ou 3 anos, por aí, ou então ela aparece com marcas roxas pelo corpo. Nesses casos a gente orienta a agente comunitária para que fique em cima, que vá mais vezes. Eu tive um caso assim também e, aí minha agente começou a ir mais vezes...

Corruíra

Buscando cuidar, mesmo que de maneira indireta, as famílias que constituem a comunidade de sua área de abrangência, a enfermeira orienta os agentes comunitários sobre o tema violência na família. Ela trabalha com eles o significado da lei de proteção, a valorização da criança e adolescente, a importância do afeto como uma cultura de paz para seu desenvolvimento. Ela assim o faz por entender que, uma vez internalizada essa nova cultura de relacionamentos não violentos entre pais e filhos, a infância se constituindo um valor da humanidade, os membros da equipe de saúde estarão mais atentos para indícios do fenômeno na comunidade, como é exposto na fala abaixo:

É um trabalho de formiguinha, o agente comunitário sabendo que não se deve bater no filho por qualquer motivo, ele mudando seu comportamento, repensando suas atitudes, também já consegue conversar com a comunidade... Então é um trabalho de base mesmo e um trabalho do dia-a-dia, na postura da gente como profissional frente a isso.

Azulão

Aplicando uma diretriz da política nacional de saúde (BRASIL, 2002b), a enfermeira toma a iniciativa e vai em busca do conhecimento pertinente à violência intrafamiliar. Ela objetiva sensibilizar a equipe de saúde, e não só a da Enfermagem, para instrumentalizá-las de modo a lidarem com o fenômeno na comunidade, utilizando a promoção da saúde como forma de prevenir a violência, de acordo como está registrado na fala de *Sabiá*:

A gente começou a trabalhar a violência no dia a dia da equipe. A discutir os problemas de saúde da população. E começamos com as crianças de baixo peso, um dos filhos dela era de baixo peso. Depois começamos a trabalhar os fatores que levam ao baixo peso, e trabalhou-se a fome, o desemprego e a violência na família.

A profissional tem atitude de cuidado amoroso, quando percebe a necessidade de se prevenir violência intrafamiliar junto à comunidade, já no nível

primário. E fomenta a implementação de uma cultura amorosa para esta prevenção, segundo aponta seu depoimento:

Você pode acolher, mas não adianta a gente pensar em tratar só quem já sofreu uma violência. A gente pode estar ensinando as crianças a ter respeito, pela dignidade, integridade das pessoas, fazer a promoção do amor. Trabalhar com as crianças, no processo de educação, nas escolas, com famílias. Discutir como ela se origina, acontece... para romper...

Rolinha

Referindo-se à produção científica voltada para o atendimento direto e prevenção do fenômeno de violência intrafamiliar, utilizada por profissionais da saúde e da educação, Assis e Constantino (2003, p.178) afirmam que a literatura aponta para a modalidade de oficinas sobre o tema “em comunidades [...] são estratégias para a ação, configurando também outro caminho que os profissionais da saúde podem trilhar com mais determinação”.

Dessa forma, quando a enfermeira orienta a vítima, a família, a equipe de saúde, a comunidade usuária dos serviços, até mesmo a sociedade, ela está ofertando um cuidado amoroso no tocante a essa situação. Está prevenindo o fenômeno da violência intrafamiliar, agindo/interagindo em diferentes níveis sociais, buscando alcançar um reajuste das ações de uns com os outros, uma vez que cada um é afetado pelos atos do outro, pois todos são considerados atores sociais (CHARON, 2002).

Preservando

Segundo Souza et al. (2005, p.267), “cuidar em enfermagem consiste em envidar esforços transpessoais de um ser humano para outro, visando proteger, promover e preservar a humanidade...” Dessa maneira, ações de cuidado destinadas à preservação do *self*, da dignidade, da liberdade e da vida, são realizadas pela enfermeira, de acordo com a fala a seguir:

A gente tenta evitar a revitimização dessa criança.... para não acontecer novamente a mesma agressão... Muitas crianças já passaram por várias agressões, pelo fato da parte legal ser demorada... Mas, a hospitalar, a gente tenta fazer tudo direitinho para que a criança saia daqui bem. A gente sempre tenta acionar o serviço de proteção...

Gaivota

O pessoal fica logo sabendo... E a gente sempre tenta preservar, né... Como enfermeira, qual é a função da gente, né?! É tentar fazer com que os funcionários realmente dentro da ética, mantenham o sigilo: Gente! vamos tratar a criança como maior cuidado sim, não vamos espalhar isso!

Gaivota

A enfermeira procura também preservar a dignidade da criança, ao lembrar à equipe de saúde o direito ao respeito que ela tem, assegurado por lei. Ainda busca preservá-la da dor psicológica que a propagação do fato pode acarretar – mais um sofrimento para a vítima, de acordo com os depoimentos abaixo:

É um atendimento sempre melindroso porque, por exemplo, nós temos o hábito de passar o plantão perto do leito, e no caso de uma criança assim, a gente se afasta e passa fora. [...] Então a gente procura não descartá-la de uma forma pejorativa em relação aos outros, mas essa criança sempre tem uma atenção especial, a gente procura tratar de uma maneira que os outros não percebiam. Todos sabem, mas fazem de conta que não sabem, justamente para manter o respeito e a individualidade, porque já é um grande sofrimento e ainda todo mundo falando...

Sanhaço

Segundo o postulado das teorias interacionistas de Enfermagem, sua prática tem lugar mediante uma relação interpessoal, relação esta que muitas vezes se dá sem que seja necessário proferir uma só palavra, de acordo com a exposição a seguir:

Eu era responsável na verdade pela saúde daquelas pessoas que estavam ali, independente de elas serem só vítimas de violência ou não, ou se fosse vítima da própria negligência da família. Então a gente tinha que ter uma capacidade de conseguir trazer elas para dentro da casa, para que elas não fugissem, e aceitassem que nem todo mundo vai fazer mal para ela [...] a gente queria, trazer a pessoa mais para perto, para se abrir com a gente, para poder conversar, porque na verdade elas querem só falar, não querem nem ouvir, elas precisam desabafar aquilo que elas estão sentindo, que é o que as deixa agoniadas e faz com que elas se revoltam um pouco mais...

Andorinha.

Ao dispor-se a ouvir a adolescente que vive uma situação de exclusão, a enfermeira está utilizando a empatia como um instrumento de cuidado (CARRARO; RADÜNZ, 1996, p.51). As autoras enfatizam que “muitas vezes é disto que o outro precisa sentir: que estamos com ele, junto dele”, sob diversas formas, sendo o ouvir

uma delas. O “estou aqui” caracteriza um cuidar amoroso da vítima, para que ela possa se preservar frente à vida.

A enfermeira cuida, quando preserva a dignidade da vítima durante o atendimento prestado pelos técnicos da equipe multiprofissional, para que esse próprio atendimento não se materialize noutra forma de violência, especialmente no caso de agressão sexual, em que a pessoa já está bastante abalada. É do que tratam os relatos abaixo:

No caso da violência sexual, o escrivão ou policial que ia lá registrar a ocorrência, ele estava em outra situação, era acostumado a tratar com um marginal... Ele estava preocupado em defender o abusador, em poupar alguém que tinha fugido, mas não estava preocupado com aquela adolescente que tinha sofrido o atentado, não a poupava do interrogatório. [...] Ele se sentia imbuído de autoridade para fazer perguntas..."Que horas eram? E o que você estava fazendo na rua esta hora? Com que roupa você estava?" Daí quando a gente argumentava que isso não era pergunta para fazer a uma vítima que estava lá sendo examinada!... Ele contra argumentava que ouvira de profissionais que pessoas já foram absolvidas pelo fato de a vítima estar usando essa ou aquela roupa. Na cabeça daquele profissional, a roupa justificava um abuso. Eu colhia o mínimo daquela história, apenas para fazer o Boletim de Ocorrência...

Patativa

De repente nós enchemo-la de perguntas, é o perito, ou psicólogo e a gente... Ela nem sabe bem o que estava acontecendo... A primeira coisa que eu faço é resguardá-la disso, desse tumulto... Minha preocupação é com esse lado, resguardar...

Patativa

No cuidado à vítima de violência intrafamiliar, a enfermeira procura também preservar sua família. Ela está ciente de que não deve expressar preconceito ou discriminação ao agressor que vem algemado visitar o filho, na unidade de internação pediátrica. Todavia, ela igualmente conhece a força da linguagem não verbal, segundo apresenta o relato a seguir:

Claro que a gente sempre procura tratar da forma mais natural possível, mas essa naturalidade nunca é tão transparente... Sem querer a gente faz julgamento, faz expressões, e isso na linguagem não verbal acaba passando, então é uma preocupação grande que eu tenho...

Sanhaço

Baixar o tom de voz ao passar o plantão para os demais integrantes do grupo, a fim de preservar a dignidade da mãe e da criança, vítimas de violência intrafamiliar, é outro cuidado objetivo prestado pela enfermeira, segundo se lê no registro abaixo:

Falo para equipe em tom baixo, para que não se espalhe e não crie um clima ruim entre as mães...

Sanhaço

Ferreira (2002, p.76) lembra que o considerar a criança ou o adolescente como sujeitos de seu próprio cuidado, segundo preconiza o ECA, implica em considerar também o contexto no qual a vítima está inserida, no caso a família, o núcleo contextual, o qual não tem recebido a devida atenção do órgão de proteção.

Porém, outro tipo de cuidado caracteriza-se quando a profissional ainda envida esforços para não afastar mãe ou pai do filho, e sim fortalecer o vínculo entre os mesmos, preservando, dessa maneira, os laços afetivos dentro da família, como mostram os relatos seguintes:

Nós não queremos é jogar a mãe contra o filho, então é por isso que eu digo que é difícil trabalhar sozinha numa situação dessas. Então a gente procura trabalhar separadamente a criança da mãe, depois junta para procurar fortalecer o vínculo. Esse fortalecimento de vínculo, a gente conseguiu muitas vezes... Mães que chegavam até rejeitar a criança, né!

Sanhaço

Quando a criança é maior, a gente senta e conversa com a criança. O que houve em casa? Se ele brinca? Para não colocar a criança contra o pai, né!

Pardal

O atendimento de famílias que vivenciam violência intrafamiliar é um processo lento e, requer o acompanhamento de equipe multiprofissional. Em nossa realidade, esse acompanhamento tem constado apenas de orientação. Um ponto que pode dificultar as mudanças necessárias nessa família é o fato de não encontrar outras pessoas com quem possa interagir e fazer trocas saudáveis. A teoria interacionista postula que as pessoas mudam constantemente, na proporção que conhecem novas pessoas e idéias, interagem com elas, e acabam adotando suas idéias e regras. Entretanto, como vimos anteriormente, a família que vivencia o fenômeno da violência em seu meio tem a característica da dificuldade de socialização. Essa é a

razão pela qual uma interação com a enfermeira pode ser o início dessas mudanças, conforme se verifica nos relatos a seguir:

Esse processo eu atendi e acompanhei durante um ano e tanto. As crianças começaram a vir mais vezes no consultório, e ainda conversei com o médico e a gente começou a acompanhar mais de perto, para eu examinar as crianças freqüentemente. Porque se houvesse uma violência infantil, nós teríamos que tomar uma posição mais severa. Para mulher, a gente fez todo o processo de orientá-la...

Sabiá

Então trabalhamos muito com o médico, nós fazíamos muito trabalho multidisciplinar [...] Nós acompanhamos a mulher dando apoio, reforçando a auto-estima dela. Nós a encaminhamos a um psicólogo e as crianças para o psicólogo infantil em outra unidade local de saúde...

Sabiá

Constituiu-se um cuidado da enfermeira, ainda, quando ela selecionou estratégias que preservassem o anonimato da família, a qual encontrava-se vivenciando violência em seu interior. Isto foi feito a fim de preservar o *self* da criança, suas interações sociais, a vida e a dignidade das pessoas, de acordo com o expresso na fala a seguir:

Nada direcionado àquela família e sim à criança de baixo peso. Então as estratégias foram todas montadas para que as pessoas não percebessem que nós tínhamos um caso na equipe e que fazia parte da família. [...] isso foi muito trabalhado, não foi da noite para o dia, apanhamos muito tivemos n dificuldades. Com certeza fizemos alguns erros, não tenho dúvida disso...

Sabiá

O serviço de saúde é uma estrutura social, dentro da qual acontecem interações entre o profissional e o usuário, entre os profissionais em seus mundos, visando sempre à preservação da vida. Dentro desta ótica, não se pode negar que o cuidado de Enfermagem ocorre mediante uma interação social, pois as atividades cooperativas desenvolvidas pelas pessoas, nas diversas estruturas sociais, têm o propósito de sobrevivência da espécie (CHARON, 2002 p.56).

Os dados aqui apresentados mostram que as enfermeiras deste estudo estão envidando esforços e definem indícios de situações confirmadas de violência intrafamiliar, ou de risco para o fenômeno. Tais indícios tornaram-se símbolos que, após a enfermeira interagir consigo mesma, ela interpretou. E foram eles que deram

berço às suas ações de cuidado subjetivo, sob a forma de acolhimento, orientação e preservação, mesmo que, à medida que a interação se desdobra, os planos sejam alterados, e as ações sejam avaliadas, alteradas e alinhadas.

Cury (2002) ressalta que o ser humano é uma espécie admirável, não apenas porque produz ciência e tecnologia, mas principalmente porque tem uma emoção capaz de amar para cuidar e proteger a quem se ama.

As ações de compromisso da enfermeira em defesa da criança e do adolescente, ao procurar afastar possibilidades de revitimização, preservar a vida, a dignidade, a privacidade e individualidade das vítimas de violência intrafamiliar, prestando um cuidado que visa evitar o desequilíbrio no processo de viver, expressam, de forma sintética, o que Travelbee (1979); Fromm (2000); Covey (1989) e Wheat (1999) dizem ser o amor ágape: o compromisso que liga, aproxima e comunica, promove o crescimento e o amadurecimento das pessoas.

As profissionais cuidam das pessoas utilizando sua sensibilidade, paciência, coragem e intuição. Ações de solidariedade, apoio, empatia para com quem se encontra em situação de desamparo, caracterizam o cuidado amoroso de Enfermagem da esfera subjetiva, segundo foi demonstrado pelas profissionais envolvidas neste estudo, frente às vítimas do fenômeno de violência intrafamiliar.

Portanto, a enfermeira presta cuidado na esfera subjetiva ao acolher e orientar, bem como quando busca preservar as pessoas envolvidas em situações de violência intrafamiliar que chegam até sua presença. Ela cuida olhando e observando situações sugestivas de vitimização intrafamiliar, ouvindo pessoas, suas histórias, comentários, denúncias, assim como silêncios, interagindo com outros profissionais e setores. Contudo, as enfermeiras cuidam também dessas pessoas na esfera objetiva, o que será trabalhado na próxima seção.

6.2.2 Cuidando Objetivamente

Cuidados da esfera objetiva são conceituados por Souza et al. (2005, p.269) como aqueles relacionados “ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos”. Apesar de não estarem realizando “técnicas e procedimentos” comuns à Enfermagem, as enfermeiras cuidam objetivamente das vítimas de violência intrafamiliar ao **interagirem com outros profissionais e acionando outros setores.**

Interagindo com Outros Profissionais

Para cuidar de crianças ou adolescentes que recorrem ao serviço de saúde, na condição de vítimas de violência intrafamiliar, seus profissionais empreendem uma série de ações que, ao serem concretizadas, dão visibilidade ao cuidado a quantos testemunharem seu agir, embora tais ações não configurem procedimentos habituais de Enfermagem.

Por exemplo, quando as enfermeiras dirigem-se a profissionais de instituições de educação, para troca de informações com a direção, sobre suspeitas de que crianças ou adolescentes estão sendo vítimas de violência intrafamiliar, como de acordo com as falas a seguir:

Fui lá na escola conversei com a diretora, perguntei o que achava, ela falou que também achava que realmente acontecia isso, mas, então, para eu chamar a menina no posto de saúde...

Corruíra

Então às vezes eu chamo a diretora do colégio... A gente acaba trabalhando em conjunto, né! Eu a chamava assim: Oh! Eu acho que tem que chamar o pai aqui, conversar, ou avisar o órgão de proteção, que está acontecendo isso nessa família...

Andorinha

Azevedo e Guerra (1998, p.71) apregoam que a intervenção profissional, nos casos de violência intrafamiliar contra criança e adolescente, deve pautar-se por algumas diretrizes. Sendo o planejamento a primeira delas, os profissionais só poderão pensar em planejar o cuidado, se eles tiverem previamente identificado algum indício, cuja interpretação significa a possibilidade de estarem diante do

fenômeno. Daí a relevância de as enfermeiras valorizarem os indícios encontrados. Lembram as autoras que a identificação da vivência de violência intrafamiliar é fundamental para a “definição de intervenção à avaliação da gravidade do caso e conseqüente probabilidade de risco para as crianças ou adolescentes existentes” na família.

Uma vez definida a situação de vivência de violência na família, a enfermeira interage com a diretora da pré-escola, mediante a necessidade apresentada pelas vítimas de serem acompanhadas mais de perto, a fim de suprir sua necessidade de segurança. Isto aconteceu após episódios do fenômeno em casa, geralmente acompanhados de intranqüilidade das crianças, conforme é registrado abaixo:

Trabalhei inclusive com a direção da creche, para quando as crianças estivessem um pouco agitadas, que elas dessem um apoio maior. Com a direção porquê? Porque você sabe que tem a ética, e você não pode expor toda a situação, mas você pode pedir ajuda dentro daquele limite...

Sabiá

Nos serviços de saúde que já têm alguma estruturação para atender crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar, a enfermeira conta com outros pares para compartilhar os indícios percebidos, acompanhando os encaminhamentos realizados por profissionais da área social e da psicologia. Todavia, durante tal processo, a enfermeira interpreta que deve permanecer como mediadora, esclarecendo à mãe, que também continuará seguindo o processo enquanto este caminha, como surge nas ações de *Sanhaço*:

Nós trabalhamos com um grupo interdisciplinar de profissionais que se reúne todas as terças-feiras à tarde. Quando se discute algum comportamento estranho das mães ou das crianças que a gente percebe... e encaminha para psicologia e para o serviço social, para que eles consigam fechar isso... Eu vou atrás da assistente social explico a situação, daí ela faz o contato com o serviço de proteção, mas a mãe sabe que eu estou mediando, não é que eu diga: O problema não é meu, e eu vou passar para outro... Não é assim, é no sentido de que cada profissional tem a sua parte.

Quando os profissionais abordam seus pares, tendo em mente a necessidade de proteger e atender a criança ou o adolescente vítimas de violência intrafamiliar, eles estabelecem interações sociais de cooperação e estão desempenhando os papéis que a sociedade espera que ocupem (CHARON, 2002). Embora só

atualmente este seja um conteúdo que está aos entrando, aos poucos, para os currículos do curso de graduação em Enfermagem, já se encontra enfermeiras cuidando sob esta perspectiva.

Para aqueles casos de vivência de violência intrafamiliar já confirmados, a enfermeira também interage com a psicóloga e faz o acompanhamento da situação, como se pode observar na fala a seguir:

Semana passada ainda a gente marcou um horário para mãe vir aqui com a menina, eu marquei com a agente comunitária e falei com a psicóloga, para nós três conversarmos e, ver a situação de saúde da menina...

Azulão

Ocasionalmente há em que a enfermeira procura a assistente social para partilhar sua perplexidade diante da dura realidade da violência intrafamiliar e, assim vencer as suas próprias reticências psicológicas para poder cuidar das vítimas, como aponta a fala abaixo:

Aí eu fui procurar a assistente social para saber e poder aceitar aquilo de uma forma mais natural... e não assim: Ah! tem que separar tem que bater, tem que fugir... Não, tem que ajudar a pessoa...

Andorinha

Esta ação da enfermeira representa plenamente as três premissas básicas do Interacionismo Simbólico. Ela age baseada no significado que apreende de certos indícios sobre a ocorrência de violência sexual. Os sentidos de tais indícios foram captados através da interação social que ela teve com a profissional da área social. Trabalhando há pouco tempo na área, a enfermeira interage com outros profissionais, a fim de moldar a interpretação de seus símbolos de forma coerente e não preconceituosa, para que não a levem a agir injustamente.

Entretanto, há situações em que o apoio que a enfermeira busca no outro profissional tem a finalidade de dirimir seu próprio sofrimento, segundo revela a declaração seguinte:

Eu tento não fazer sozinha, mas chamo a psicologia para me acompanhar, porque eu não me sinto preparada... Aquela coisa que a gente é meio manteiguinha, né! Na hora que a criança e a mãe começam a falar, tu acabas chorando, saindo e deixando a psicologia... Tem situações tão loucas, que a gente não segura... Encarar sozinha não é fácil, eu gosto, mas não é fácil... Gaivota

Radünz (2001, p. 104-5) afirma que “filosofar é um novo pensar sobre o já pensado”, para lembrar de que cuidar de si é inerente ao ser humano. Todavia, parece haver, de maneira geral, entre as enfermeiras, uma interdição em preocupar-se com seu processo saúde-doença e com os sentimentos decorrentes do constante convívio com o sofrimento em seu trabalho.

Continua, a referida autora, que a enfermeira muitas vezes é exposta a situações desgastantes que, se não forem superadas com estratégias adequadas, resultam na síndrome do *burnout*, comprometendo assim o cuidado realizado. Dessa forma, quando *Gaivota* busca compartilhar com outro profissional o impacto da situação, ela está cuidando de si, a fim de poder dar continuidade ao cuidado à criança.

Assim, a interação que tem lugar entre os profissionais, além de contribuir para a intervenção na situação da vítima, configura uma forma de apoio àqueles que não ficam incólumes ao impacto do fenômeno.

Na emergência, a enfermeira interage com o médico, solicitando-lhe agilização no atendimento da criança que chega vitimada por sua família, ilustrado na fala a seguir:

A gente prioriza esse atendimento para que a criança seja atendida o mais rápido possível... Então eu peço prioridade dos médicos no atendimento a ela...

Gaivota

O cuidado objetivo, prestado pelas enfermeiras deste estudo, consiste em elas interagirem com profissionais da educação, outros membros da equipe de saúde do mesmo serviço, assim como serem solicitadas a compartilhar a interpretação de indícios identificados por outros profissionais.

Esse cuidado indica elementos de amor quando a enfermeira se compromete e desloca-se do seu contexto de trabalho para, juntamente com outros profissionais, tomar medidas que proporcionem o alívio da tensão nas crianças, resultante de episódios violentos no lar. O caráter ativo de seu cuidado amoroso transparece indo ao encontro do que Fromm (2000, p.47) enfatiza: quem ama dá seu interesse, compreensão, seu humor, sua tristeza. Isso enriquece a outra pessoa, valoriza-lhe o

sentimento de vitalidade. São características amorosas que provavelmente são ausentes no processo de viver desses seres em desenvolvimento, vítimas de violência intrafamiliar.

Dessa forma, independente de o processo avançar ou não, procurando exercer a interdisciplinaridade ao envolver outros profissionais no cuidado às vítimas, no que dependeu da enfermeira, ela atuou, cuidando objetiva e amorosamente.

Conquanto a enfermeira não perceba, ela parece ser a atalaia da vítima, dentro dos serviços de saúde. Os dados demonstram que é ela quem se preocupa com a prioridade no atendimento, tanto nos serviços de saúde como nos de proteção. Além disto, ela também interage com profissionais destes setores, sendo uma maneira de obter suporte para o enfrentamento de situações desafiadoras. Mas quando estas interações não alcançam a meta almejada, somando ao estresse do enfrentamento da situação em si, a frustração por ver seus esforços pulverizados, a profissional nem sempre acredita que suas ações constituíram o cuidado. Ela não reconhece como um direito, e ao mesmo tempo um dever, o de estar bem cuidada, para poder cuidar da pessoa que necessita. Portanto, para isso, ela precisará, sim, partilhar e receber ajuda e cuidado de outro.

Acionando Outros Setores

O cuidado objetivo de Enfermagem à criança ou adolescente que sofreu violência intrafamiliar também pode principiar pela associação da enfermeira com outros serviços de saúde, bem-estar social, judiciário e de educação.

Diante de fortes indícios de violência sexual, a profissional aborda a irmã, envolve o pai, e contata o serviço de referência da rede, para onde os encaminha, como é retratado na seguinte fala:

Coloquei as duas na sala e comecei a conversar com a menina e a menina não abria a boca, não falava nada, daí eu pedi que a irmã mais velha chamasse o pai. Liguei para o hospital de referência e pedi para que o pai acompanhasse a criança, que a levasse para lá, tal médico estaria esperando...

Azulão

No caso de o hospital fazer parte da Rede de Atendimento Integral a Vítimas de Violência Sexual, os profissionais dos demais serviços são acionados pela enfermeira porque, uma vez confirmada a violência, é dado início ao atendimento e tratamento clínico da vítima. Segundo reza o protocolo dessa rede, a família, ao sair do serviço de saúde, deverá estar acompanhada de um técnico do serviço de proteção à infância e adolescência, para proporcionar certo suporte e controle, segundo mostra a fala a seguir:

Dependendo do caso, a gente já chama a psicologia aqui... e essa criança é encaminhada, se for confirmado realmente o ato, ela começa com todo um protocolo de medicações [...] porque assim... o protocolo diz que a criança não pode sair do hospital, sem que serviço de proteção tenha vindo aqui, para que a gente passe essa família para esse órgão, e esse órgão acompanhe-a em casa...

Gaivota

Quando o atendimento requer algum tempo de espera, a enfermeira cuida da vítima buscando distrair a criança, encaminhando-a à escolinha – que o hospital mantém em suas instalações, com vistas a manter o acompanhamento das atividades ministradas, relacionadas à faixa etária da criança hospitalizada – na tentativa de acalmá-la. Muitas vezes, mesmo sem compreender que as pessoas agem com base nos símbolos com significados, a enfermeira espera que, ao socializar com outros seres humanos de sua idade também vivenciando condições adversas, através de desenhos a vítima externar o que lhe vai n'alma, conforme explicita o depoimento a seguir:

Quando o processo é muito demorado e a gente vê que o próprio enfermeiro diz: Não temos médico, agora vai demorar... a gente tenta encaminhar essa mãe... um funcionário entra em contato com a professora da escolinha... pelo menos para ela se distrair para escrever, desenhar, de repente no desenho já aflora alguma coisa, né!

Gaivota

Independente de onde e como a vítima veio ao serviço de saúde, sua chegada implica na notificação aos órgãos de segurança e de proteção. No Serviço da Rede de Atendimento Integral à Vítima de Violência Sexual, essa comunicação é realizada pela enfermeira, a qual deflagra uma série de ações, constituindo-se desta

forma no cuidado objetivo, onde também está incluída a busca da interrupção do ciclo de violência, segundo se observa na fala abaixo:

A criança chegando aqui qual é o procedimento? Se essa criança vem de casa ou vem trazida por algum desconhecido, ou mesmo se foi encontrada, nós acionamos os serviços de segurança e proteção.

Gaivota

Em hospital não integrante da Rede, isto é, aquele que não se constitui numa unidade de referência da rede de atendimento a vítimas de violência sexual, após cuidar das lesões físicas, as enfermeiras acionam os órgãos de segurança e proteção, de acordo com os relatos a seguir:

É assim, chega a criança, e sempre tem que comunicar a polícia, e depois a gente tenta o serviço de proteção. Se estiver havendo muita dificuldade, a gente chama a assistente social daqui. Dia de semana, a gente tenta conversar com ela, mas, caso contrário, a gente resolve agilizar isso...

Curió

É tudo em equipe, o pediatra atende e a gente é que toma as medidas, a gente que aciona o serviço de proteção...

Pardal

A gente contata o serviço de proteção, porque tem um número que é próprio para esse tipo de denúncia, não há necessidade de identificar quem faz esse tipo de denúncia. [...] O médico identificou... na consulta, e daí nós contatamos o serviço

Bem-te-vi

Tendo em vista que esse tipo de cuidado/atendimento não deve ser feito solitariamente (AZEVEDO e GUERRA, 1998), em se tratando de serviços de saúde, geralmente ele se inicia quando a enfermeira interage com outro profissional de seu serviço ou de outro setor. Percebe-se que, quanto maior o preparo do profissional, maior é seu envolvimento com a proteção da vítima, assim como maiores são as possibilidades de ela obter resultados positivos em seu cuidado objetivo, no sentido de encaminhar para os serviços onde serão feitos os desdobramentos e encaminhamentos subseqüentes.

O fluir do processo de atendimento muitas vezes é “estrangulado” pelo incipiente conhecimento no assunto, por parte dos profissionais de maneira geral,

fato que compromete o encaminhamento para a superação da situação. Há situações em que a enfermeira interage com seu “eu”, depois com seu “mim”, isto é, ela decide, comprometendo-se a defender a criança ou adolescente. Entretanto, a despeito do movimento da enfermeira na direção de acionar outros serviços, ela encontra entraves para dar os encaminhamentos adequados às situações das vítimas, como no caso de uma suspeita de abuso sexual relatada por *Corruíra*:

A gente ficou questionando: Será que vamos contar para a mãe? Ou vamos denunciar no serviço de proteção? O que a gente faz? No fim resolvemos contar para a mãe da criança. A mãe ficou desesperada, foi no serviço de proteção, fez uma denúncia e foi extremamente desagradável [...] todos fomos chamados, tínhamos que falar na frente do rapaz que tinha feito isso [...] ele dizia que não, nós é que estávamos imaginando coisa, que ele gostava muito da criança, e não era nada disso. Chegou a ameaçar até essa agente comunitária, [...] As pessoas da comunidade diziam: "Coitado do rapaz, ele é tão bom, joga bola, sabe?"... Então ficou assim como se nós fôssemos fofoqueiras, criadoras de caso, e que ele era o santo. Ficou por isso mesmo...

A pesquisa desenvolvida por Villanueva (2000, p.157) relata que, ao enfrentar a situação da violência intrafamiliar na Costa Rica, inicialmente também encontrou má vontade por parte dos policiais para intervir em conflitos familiares. Para vencer esta resistência, o Supremo Tribunal daquele país empreendeu uma série de atividades com vistas a alcançar o treinamento dos funcionários do sistema judiciário, envolvendo desde juizes até o pessoal de apoio. Dessa maneira, eles aprenderam “sobre aspectos envolvidos na violência doméstica e tornaram-se sensíveis a preconceitos sexuais em suas próprias atitudes e crenças”. Aqui, as interações ocorridas, através do processo de ensino-aprendizagem, lograram mudanças dos significados para diferentes profissionais.

A despeito de a enfermeira ver seus esforços frustrados, ela não desiste de ajudar a vítima, e reformula sua dinâmica de cuidado. Mesmo que isso signifique uma atuação mais distante da criança ou do adolescente, ela cumpre os ditames legais, de acordo com o registro seguinte:

As vezes que eu acionei o serviço de proteção também aconteceu isso, né! [...] Então, de certa forma, isso surgiu para mim como um aviso... A próxima vez que eu ficar sabendo de um caso desses, eu não vou fazer uma denúncia tão franca, eu vou usar um telefone e fazer uma denúncia anônima...
Corruíra

O desconhecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) constitui uma realidade de símbolos não compartilhados pelos técnicos dos próprios serviços de proteção. Assis e Constantino (2003, p.183) referem que há um total desrespeito ao ECA na área que cuida do adolescente em conflito com a lei. As autoras enfatizam que essas instituições interpretam o ECA como “apenas uma quimera, consolidando a visão de que o ‘Estatuto protege o infrator’”. Afirmam as mesmas que o ECA é bastante criticado, porque muito pouco do que ele preconiza para o atendimento sócio-educativo, em mais de 15 anos de existência, foi realizado ou experimentado na prática. Uma amostra do desconhecimento da força que tem esse conjunto de leis representado pelo ECA, para a proteção da criança ou adolescente vítimas do abuso de poder dos pais, verifica-se no depoimento a seguir:

O serviço de proteção sabe só que chega lá e a mulher só abre a frestinha da porta. Daí tu não tem acesso, não tem como chegar lá...
Azulão

Aos olhos da enfermeira, a formação precária e a postura pessoal inapropriada dos conselheiros tutelares constituem entraves para o atendimento a essas vítimas, como se constata a seguir:

O fluxo é truncado... O serviço de proteção não dá conta, ele não tem pernas, ele é frágil demais, são pessoas que nem sempre têm formação e estrutura para entender o processo...

Sabiá

Porém, poucas foram as ocasiões em que a profissional não percebeu de imediato ser um papel seu o de acompanhar a família que vivenciava o fenômeno da violência intrafamiliar contra criança, como se constata na fala a seguir:

Na verdade eu não fiz esse tipo de acompanhamento, realmente não fiz...

Bem-te-vi

Ficam demonstrados assim não só o desconhecimento da lei de proteção a esses seres em desenvolvimento, como também a ausência de cooperação que, caso não seja superada, culminará numa espécie de fratura social.

Contudo, os dados apontam não somente o despreparo dos profissionais do setor de proteção, mas também do de saúde, pois ali apenas alguns profissionais receberam capacitação. A despeito de algumas iniciativas dos serviços, elas ainda

são tímidas, para o que Assis e Constantino (2003, p.177) chamam a atenção. Ao analisarem a produção científica referente ao fenômeno, encontraram que todos os trabalhos analisados apontam para a “necessidade permanente de capacitação dos profissionais e a integração do programa [de capacitação] à rede de serviços sociais e de saúde”.

Desta maneira, temos todos, a esperança de chegar à realidade de um cuidado interativo mediado por símbolos que representem ações de compromisso para com a defesa e proteção à vida das crianças, traduzidas num cuidado concreto e amoroso, de todos os profissionais atuantes.

Em seu artigo 4º, o ECA apregoa ser “dever [...] do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida”. Em seu parágrafo único, esclarece o que vem a ser esta garantia de prioridade: “(a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias...” Porém, às vezes essa agilização do cuidado é prejudicada por motivos alheios ao poder de ação da enfermeira, como a falta de recursos do próprio setor de proteção, de acordo com o relato seguinte:

Tu vês que tu precisas... que o andamento seja agilizado e que tu depende de um órgão, mas tu vês que aquele órgão... não vem por falta de vontade, mas porque não tem motorista, não tem pessoal...

Gaivota

Embora a enfermeira esteja atenta às necessidades dessas pessoas e, a despeito de o governo ter criado leis e projetos destinados a zelarem pela proteção das crianças e adolescentes vítimas de violência dentro da família, como por exemplo o Programa Sentinela (BRASIL, 2004), ela percebe que ainda existem entraves para sua implementação, dificultando o cuidado e acompanhamento das vítimas. É o que mostra o depoimento a seguir:

Apesar de existir o Estatuto da Criança, a lei querer proteger a criança, o adolescente e ao adulto, a gente percebe que os mecanismos sociais ainda são muito pouco eficientes [...] Os serviços de proteção não conseguem dar o atendimento ideal, né! O que teria que acontecer... é que todas essas crianças ficassem sob vigilância, que alguém passasse lá todos os dias e vissem a situação, mas não está supervisionando [...] Então, o caso se arrasta... Porque tem melhora e recidiva, melhora e recidiva...

Azulão

A enfermeira atribui esses entraves à acentuada dissociação dos setores. Naqueles casos de violência contra crianças atendidos na emergência de hospital não pertencente à rede, tal atendimento desenha um movimento unidirecional, com o serviço de saúde perdendo contato com a vítima e família, depois que o serviço de proteção assume o caso, como se pode ler no relato abaixo:

A gente tenta, o que atender primeiro, a gente avisa... Nosso contato é só profissional, só ali no momento, depois a gente não tem nenhuma ligação, não existe essa ligação hospital e órgãos...

Curió

A enfermeira percebe certa resistência por parte dos profissionais em assumir tal cuidado, como inerente aos setores da saúde e social, para que mudanças nesse atendimento ocorram, segundo revelam as falas a seguir:

Porque esses casos requerem a visão multiprofissional e interdisciplinar, mas no posto de saúde, de maneira normal, não se tem. Nós só temos médico, enfermeiro e técnico... Esse caso se arrasta desde o começo da Residência do Programa da Saúde da Família, e mesmo com essa equipe interdisciplinar a gente ainda não conseguiu resolver a situação...

Azulão

Eu fico pensando que a gente não está estruturada para atender essa questão da violência, seja ela doméstica, ou sexual. Um médico do hospital de referência vinha muitas vezes angustiado, porque ninguém queria assumir com ele o atendimento à criança e os encaminhamentos protocolares. E isso que era da rede, que tinha protocolo, já era mais fácil. Você sabia para onde encaminhar e o caminho a seguir... mesmo assim os profissionais se esquivavam de atender a criança vitimada...

Patativa

Sendo um fenômeno multicausal, sua resolução também requer uma atuação de diferentes setores da sociedade. Quando o caso ganha visibilidade em um serviço de saúde, cabe a este colocar em marcha o processo de intervenção (AZEVEDO e GUERRA, 1998). Elsen et al (2004, p.67) salientam que autoridades da área defendem:

... uma abordagem mais abrangente dos profissionais para a compreensão do fenômeno, incluindo a utilização de modelos teóricos multicausais, em que fatores sociais, ecológicos, políticos, culturais e históricos se inter-relacionam, exigindo uma atuação interdisciplinar e uma articulação entre serviços, além de investimento na área

Obstáculos de ordem política ainda são encontrados pela enfermeira, para o encaminhamento da superação da violência. O fato de os conselheiros serem pessoas da comunidade, conhecerem pessoalmente o agressor, pode constituir obstáculo devido às ameaças que este faz aos conselheiros tutelares. Portanto, a enfermeira percebe na postura pessoal do profissional que, ao invés de ele se ocupar com a proteção da criança ou do adolescente, escolhe ocupar-se de sua própria segurança – que em sendo adulto, é capaz de tomar medidas para a própria proteção – e deixá-los reféns de seus pais, de acordo com o que mostra o registro abaixo:

O serviço de proteção fez um rolo, eles não querem mexer porque têm medo de pegar alguma coisa assim, e estourar uma bomba. Na verdade eles têm medo de o pai se vingar. São do interior, muito vingativos... A gente percebeu isso... Então eles cortam uma coisa pelo meio depois de ter chegado até um ponto, começam a travar... não continuam... Dizem: "Vou parar por aqui, porque senão a gente pode sofrer até maiores conseqüências.". E a criança continua assim, daquele jeito...

Andorinha

Assim, aquele membro da sociedade, eleito para aliar-se a outros cidadãos em defesa dos que não podem contar com a proteção cuidadosa de seus próprios pais, torna-se cúmplice do agressor, condenando a vítima a continuar solitária em seu sofrimento silente.

Outro entrave político apontado pela enfermeira é a supressão ou na redução das verbas destinadas à subsistência de programas, como de atendimento a vítimas de violência sexual e o programa para os adolescentes, segundo se lê no relato abaixo:

A gente tem uma dificuldade concreta, que é não ter o apoio psicológico para essas vítimas, Para onde encaminhar? [...] Um serviço de apoio psicológico tem feito um acompanhamento, mas, está débil, com uma estrutura frágil desde o final do governo [X] tá com dificuldades de profissionais, o serviço tá com uma ação limitada...

Rolinha

No entanto, não dar a devida atenção nas agendas políticas dos governantes é desconsiderar o que o ECA, criado com a função de “órgão permanente [...] e autônomo, encarregado de zelar pelos direitos da criança e do adolescente” (PASSETI, 2002, p.366), criou o Conselho Tutelar para operacionalizar a forma de

efetuar esse zelo. O autor assevera que o ECA objetivava inaugurar uma nova prática, mudando os rumos da história, em que o Estado permaneceria orientando e supervisionando as ações, deixando o atendimento para os municípios e as organizações não governamentais. Todavia, tal prática ainda está retratada, no dizer de Passeti (2002, p.366), como: “uma lei promulgada será ineficaz enquanto não estiver socialmente legitimada”.

A enfermeira aponta ainda outra dificuldade encontrada para dar fluência ao cuidado às vítimas. Trata-se do seu desconhecimento dos papéis dos demais profissionais e da responsabilidade dos órgãos de defesa, como mostra o relato a seguir:

Começam a surgir os conflitos. Eu não sei exatamente qual é o papel do órgão de proteção, ou do serviço de proteção. O que ele faz? Como vou saber se uma assistente social daquele serviço vai lá só conversar com essa família... Se ela detectar mesmo violência e sair com um parecer pronto de lá?

Patativa

Assim, entraves para o cuidado à família que vivencia violência significam que a criança possa continuar exposta à revitimização. Isto pode acontecer pela ausência de ações concatenadas entre os serviços, como se constata na fala de *Gaivota*:

Eu disse: Se vocês não vierem, da próxima vez a criança vai aparecer morta, então eu preciso que vocês venham para acompanhar... Apesar de que ela já estava sendo acompanhada no ambulatório [...] retornou, acho que essa era a terceira vez. Daí, eu de certa forma supliquei, obriguei que eles viessem aqui o mais rápido possível... Ela estava estressada de tanta ida e vinda, e sempre sendo examinada, e todo aquele estresse...

Dificuldades ainda são encontradas pela enfermeira quando, identificadas situações de risco social para esses seres em desenvolvimento, o serviço de saúde não dispõe de meios para integrá-los em projetos sociais existentes, como se vê no relato a seguir:

E quando tu vêes que esses adolescentes vítimas estão desocupados... Tem que encaminhar, e os encaminhamentos para onde que é? Para o programa do adolescente? Daí tu esbarra, porque não tem dinheiro para o ônibus. O serviço de proteção que faz essas visitas, mas daí são pontuais...

Azulão

Parei aqui Segundo a percepção da enfermeira, as dificuldades operacionais dos programas destinados a proteger crianças e adolescentes de crimes de violência no interior de suas próprias famílias contribuem para a perpetuação do fenômeno, devido à sua morosidade e à inexistência de tratamento para o agressor sexual, como se constata na fala seguinte:

Existe a suspeita de que o pai seja o agressor, por enquanto existe a suspeita... Isso já faz um ano, e a menina [...] não frequenta a escola, não fala quase nada com ninguém, o serviço de proteção está sabendo...

Azulão

Um outro produto da desarticulação dos setores responsáveis pela segurança, defesa, bem como pela saúde da criança ou do adolescente, considerado pela enfermeira, é a lacuna existente no sistema de atendimento dos serviços de proteção, referente ao cuidado à família. Ela percebe a atuação do serviço como incompleta, porque não oferece o apoio ou a ajuda necessária a esse sistema, segundo ilustra a fala a seguir:

Acho que essa parte de ir atrás da criança para proteger está bem estruturada, mas a parte de amparar a família não está... Se a família se esquivou, volta e insiste. Mas vai-se logo podendo a família... tirando os galinhos, tirando os filhos, e a família vai se vendo cada vez mais desestruturada e cada vez com menos força para reagir diante...

Patativa

Fazendo menção à construção do conhecimento para o atendimento à família que vivencia violência em seu meio, Assis e Constantino (2003, p.178) declaram que há uma tendência para se fazer esse atendimento de uma maneira sistêmica:

... envolvendo a família como foco principal, e não apenas a criança vítima de maus tratos. Essa é uma boa perspectiva, porém, ainda configura-se mais como ideal do que como realidade. Há ainda falta de conhecimento consolidado sobre intervenção direta nas famílias (incluindo os agressores).

Tal situação fica demonstrada nos casos em que, apesar dos esforços dos profissionais em oferecerem ajuda, empecilhos são colocados por parte dos “atores da violência” (DESLANDES, 2002, p.178), isto é, pelos agressores e vítimas, como

neste estudo se evidenciou, por ser um fenômeno muitas vezes mascarado e negado.

Para as participantes da investigação, a dificuldade de a família usufruir a ajuda pode ser desdobrada em duas vertentes. Existe aquela em que a família não aceita o cuidado quando este chega à sua realidade, porque não percebe que precisam de cuidado em seu modo de viver; e aquela vertente em que os membros são impedidos de saírem à sua busca. Fica reforçada assim a dificuldade da enfermeira em concretizar o cuidado na própria situação, conforme se verifica na fala a seguir:

A questão é muito profunda, envolve toda uma questão da educação, não só da educação como a questão da minimização dos efeitos da desigualdade social. Não que a violência não exista em níveis sócio-econômicos melhores, claro que existe, mas com a informação, com certeza essas pessoas têm mais oportunidade de querer sair dessa situação...

Azulão

Porém, aceitar o cuidado não significa avanço na resolução do processo familiar violento. A própria complexidade e multiplicidade de fatores que concorrem para a situação são percebidas pela enfermeira como algo que entorpece o discernimento, e impede que as pessoas da família vislumbrem possibilidades de mudanças. No entanto, mesmo encontrando obstáculos, a enfermeira cuida objetivamente, como se pode constatar na fala abaixo:

Liguei para Delegacia da Mulher e convenci-a a fazer a denúncia, porque a gente sabe que as mulheres que sofrem qualquer tipo de violência, se elas fazem a denúncia na primeira violência, a reincidência é bem menor [...] eu consegui uma ambulância para ela ir dar queixa. Uma semana depois ela veio no posto e eu perguntei se ela havia dado queixa. Disse-me que retirou, porque ele nunca tinha feito, ele era bom...

Patativa

Larraín (2000, p.112) alerta que o trabalho com essas “mulheres deve consistir essencialmente em um processo de habilitação, para ajudá-las a assumir a responsabilidade por sua própria vida e segurança pessoal” e, conseqüentemente, terem condições de cuidar de seus filhos. Assim, MARCON, LIMA e PIRES (2004) lembram que a violência intrafamiliar não é só uma questão de polícia, porque a própria natureza dessas relações já é complexa. A dependência financeira e

emocional faz com que a denúncia seja uma decisão muito difícil para a mulher tomar, o que explica o adiamento de uma atitude definitiva.

A família ainda pode resistir a receber ajuda, por estar proibida disso, pois se sabe que a violência pode aniquilar a autonomia e juízo crítico das pessoas envolvidas, resultando no andar em círculos do grupo. Em muitas famílias, ainda hoje subsistem resquícios do pátrio poder atribuído ao marido-chefe, fazendo com que mulheres, adolescentes e crianças vítimas de violência intrafamiliar se mantenham submissos a uma relação assimétrica de poder, conforme se observa nas falas seguintes:

Fui lá fazer visita com a assistente social e o Conselho Tutelar, a gente fez todo um... Só que assim o pai era violento, realmente, ele nunca foi confirmado: foi o pai que fez isso, né... Mas a gente foi conseguindo trabalhar e ver que o pai era violento com as outras filhas, que a mãe era violentada também, então a gente chegou à seguinte conclusão: pode não ter sido a forma que a gente imaginou, a gente não soube a história verdadeira, mas, de alguma forma, foi uma violência.

Andorinha

A agente comunitária indo à casa, observava que a mãe é uma mulher extremamente submissa, e não conseguia nunca nem falar com a agente comunitária...

Corruíra

De situações como essas resulta que algumas mulheres ainda encontram-se alijadas do estado de direitos que a cidadania lhes confere, sem qualquer força ou expressão, e, ao submeterem-se a vontades do homem-pai, deixam de proteger a criança ou o adolescente, contribuindo para o aniquilamento de suas personalidades em desenvolvimento, o que abre a possibilidade de virem a ser os agressores de gerações vindouras.

Além das famílias, muitos profissionais também desconhecem que houve mudanças na legislação, repetindo na história as palavras de Badinter (1998, p.21): “mudou-se o vocabulário, mas, conservaram-se as ilusões”.

Uma possível explicação para essa perpetuação do ciclo de violência pode ser a dada por Marcon, Lima e Pires (2004, p.25), quando ressaltam que “a baixa escolaridade faz com que as mulheres das camadas economicamente menos favorecidas tenham pouca noção de direitos, de dignidade, de valores”, tendo,

portanto, menores possibilidades de vislumbrarem novos caminhos a serem seguidos.

Um fenômeno complexo, como é o da violência intrafamiliar, requer uma atuação profissional interdisciplinar em rede, a qual pode ser representada, como enfatizam Azevedo e Guerra (1998), pelo envolvimento de profissionais de instituições judiciárias, de proteção social e de saúde.

Na prática retratada nesta pesquisa, as enfermeiras encontraram mais dificuldades do que facilidades para a concretização do cuidado objetivo, no que se refere a acionar outros setores.

Para cuidar objetivamente das crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar, os entraves encontrados pelas enfermeiras oscilaram desde a falta de pessoal, em número e capacitação, passando pela dificuldade em interagir com a vítima, de maneira compreensiva e humanizada, por parte dos técnicos da segurança, bem como dificuldades dos profissionais da saúde em lidar com o horror de ver uma criança ferida ou um adolescente aviltado em sua dignidade.

Souza e Prado (2002), valorizando as inovações e criações para a Enfermagem ao acompanhar o desenvolvimento da humanidade, salientam que o cuidado cria espaços de solidariedade e cooperação fundados na interação interpessoal com respeito e diálogo, revolucionando a ternura ao priorizar o social sobre o individual.

Dessa forma, a despeito das diversas ações efetivadas pelas enfermeiras, ao acionar outros setores, encontrando muitas dificuldades ou empecilhos para dar continuidade ao cuidado das crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar, elas não deixaram de prestar cuidados objetivos às pessoas vitimadas.

O **Cuidado Objetivo** aqui exposto surge para as enfermeiras, sujeitos desta investigação, enquanto elas interagem com colegas, outros membros da equipe de Enfermagem e ainda com profissionais de educação, justiça e área social. Concretiza-se ainda quando elas acionam outros setores, obtendo sucesso ou não ao fazê-lo.

Ao papel de cada profissional envolvido no atendimento de crianças ou adolescentes vítimas de violência intrafamiliar, estão vinculadas várias ações que

peças de fora da estrutura social e outras pertencentes a elas, lhes atribuíram (CHARON, 2002).

Mesmo que as enfermeiras até agora não viessem recebendo capacitação, para a maioria delas parece que tanto elas como a população percebem ser inerente ao seu papel o compromisso de cuidar dessas vítimas. Ao adotar essa postura, a enfermeira está desempenhando o papel que a sociedade lhe atribui, a de cuidadora de quem necessita de algum cuidado de Enfermagem. Tal percepção ou assunção de responsabilidade pode dever-se à associação de sua formação, de seu juramento profissional de zelar e preservar a vida – sua e do outro – de seu papel sócio-profissional, dentre outros.

A busca de algumas enfermeiras em cuidar de pessoas envolvidas com o fenômeno da violência intrafamiliar desenha um ir e vir na tentativa de interagir consigo mesma, com a vítima, com a família, com outros profissionais e setores.

Essa interação nem sempre se efetiva prontamente, porque ela só acontece mediante o partilhar de símbolos que contenham significados (CHARON, 1989) para os atores sociais envolvidos na ação. Em função dessas mesmas interações, as atitudes de cuidado expressas na prática das enfermeiras podem influenciar e mudar procedimentos de outros profissionais frente ao fenômeno de violência intrafamiliar, bem como da própria vítima e familiares.

Quando o ator social atua, ele o faz para, em direção a, contra, ou a despeito de, com o objetivo de influenciar as outras pessoas (CHARON, 2002). Assim, as interações, ou mesmo as tentativas de interação aqui expressas entre as enfermeiras, vítimas e famílias, profissionais e serviços, visaram cuidar da criança ou adolescente, defendendo sua causa, demonstrando que “o cuidado autêntico é ético e estético e fornecido de acordo com o estilo de cada indivíduo/cliente do cuidado, respeitando suas singularidades e necessidades de cuidado” (MAIA, et al. 2003, p.54). Essas interações são resultantes de outras, consubstanciadas pelos significados que cada ator social atribui aos símbolos.

Ortberg (2000, p.14) aborda o amor em duas modalidades, uma que busca valor no objeto amado, e outra que acrescenta valor à pessoa. O autor destaca que estamos mais acostumados com o primeiro tipo, porque vivemos buscando o amor de alguém ou algo de grande valor: “é um amor que celebra a beleza ou a força do

ser amado [...] é dedicado a um objeto pelo fato de ser caro, de ser atraente ou de dar *status* a quem estiver relacionado a ele”. Uma criança ou adolescente vítima de violência intrafamiliar, trazida diante da enfermeira, provavelmente não apresentará esses atributos. No entanto, não deixará de ser digna de amor. Porém, ela não é só digna de amor por que é vítima, mas porque o Amor é o que impregna as ações de cuidado da enfermeira, porque ela utiliza aquele tipo de cuidado que acrescenta valor à sua pessoa, celebrando com ela a vida e a liberdade, sua inteligência e potencialidades. Um amor... que vai além da razão... porque pode trazer esperanças à vítima.

Carraro (2005, p.153) indica o tipo de cuidado que o ser humano de hoje, inclusive essas crianças e adolescentes, espera receber dos profissionais, por que ele:

... não aceita mais, passivamente, o cuidado desumanizado, compartimentalizado, nem em ‘pedaços’, mas sim como um ser singular, integral, indivisível, insubstituível, pleno na sua concepção de interagir; interagir com o outro, com o ambiente, enfim, com o mundo; este mundo onde ele expressa crenças, valores, os quais permeiam suas ações.

Dessa forma, para a criança, o adolescente e até mesmo a mulher-mãe, vítimas de violência no seio da família, é a partir do cuidado integral de Enfermagem, prestado nos serviços de saúde, que o processo de intervenção diante do fenômeno pode se iniciar, constituindo-se na porta para a saída desta situação.

As ações e as interações aqui implementadas pelas enfermeiras correspondem a uma etapa do Processo de Cuidar de Enfermagem, o qual, segundo Carraro (2001, p.24), é aquele que permite “seguir com o ser humano e sua família na vivência da situação”.

Mesmo que tenham sido momentos fugazes, para a criança ou o adolescente vítima de violência intrafamiliar que chegou à presença da enfermeira, e dela recebeu um cuidado, ele é de valor inestimável quer seja objetivo ou subjetivo, esferas didaticamente aqui eleitas, para a apresentação e discussão das falas das enfermeiras.

Assim, estes dados registrados apontam ações e interações entrelaçando enfermeiras, vítimas, famílias, profissionais e serviços, traduzidas na linguagem do cuidado subjetivo e objetivo, enfim, no cuidado amoroso de Enfermagem.

6.3 Sentindo Frente ao Fenômeno

Os sentimentos vividos sob o impacto que a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes produz sobre todos os que, de uma ou de outra forma, se envolvem ou são envolvidos por ela, também atinge os profissionais (BRASIL, 2002b). Nestes, o impacto surge suscitando intensas emoções, as quais podem resultar em resistência à ação, pelo que a própria violência é, ou devido às reticências psicológicas (AZEVEDO e GUERRA, 1998).

Segundo Valverde (1997, p.76), uma das tendências da Enfermagem é resgatar a arte a partir de referenciais que valorizem a estética, a intuição e a criatividade. Penso que seja a esses referenciais que Collière (1999, p.303) esteja se referindo quando ressalva que a “pessoa que vive uma situação sente-se de maneira diferente da que é chamada a intervir por via profissional”. Esta assertiva sustenta minha concepção de considerar importante que a enfermeira também possa expressar os diferentes sentimentos que lhe ocorrem nas situações de cuidados, e de compreender a sua repercussão e seus efeitos na interação.

O impacto sobre as enfermeiras integrantes deste estudo apresentou uma variada gama de **emoções**, tanto negativas, quanto positivas, perpassando todo o processo de cuidado, que lhes despertou a **necessidade de capacitação** como passo obrigatório para a participação no atendimento a criança ou o adolescente que sofreu violência intrafamiliar.

6.3.1 Emoções

Goleman (1995, p.20) assegura que “todas as emoções são, em essência, impulsos para agir, planos para lidar com a vida...”. Etimologicamente, em latim, emoção deriva de *movere*, que acrescido do prefixo e denota 'agitar-se – no sentido físico e moral'... De pronto, já se pode perceber uma relação entre emoções e as ações de cuidado da enfermeira quando ela move-se, provocada por alguma emoção, buscando afastar a vítima da dor, do sofrimento, da humilhação e até mesmo do agressor.

As emoções sentidas e mencionadas pelas enfermeiras frente a situações de violência intrafamiliar compõem uma gama formada pela **raiva, impotência, exaustão, sofrimento e dúvidas**. Goleman (1995) classifica raiva, ira, revolta e ressentimento como sendo todos pertencentes a uma mesma família de sentimentos.

Raiva

Cientes de que crianças e adolescentes precisam ser cuidados, valorizados, defendidos, enfim, protegidos e amados, algumas enfermeiras sentiram revolta diante da vítima que fora agredida pelo pai ou a mãe, quando trazida à presença dos profissionais no serviço de saúde, segundo se constata nas falas a seguir:

A minha preocupação é como chegar nessa família. Numa mãe que não deixa a criancinha pequenininha sair de casa. Sabe, quando você é tomada por uma emoção (ao falar, sua expressão não verbal reflete revolta), nessa hora, você acaba esquecendo [...] Não, espera aí, eu vou ter que ter um outro tipo de abordagem.

Corruíra

De repente tu vêes que a mãe é negligente. Essa coisa humana mesmo... Tu ficas revoltada com a situação e tu tens medo de acabar sendo ríspida e não saber te colocar na questão profissional... E o teu lado humano e acabar interferindo...

Gaivota

E, mesmo aquela enfermeira que acompanhou com sucesso – autocontrolada e racionalmente, algumas famílias vivenciando violência em seu meio, manifestou sentir extrema ira, só em pensar, caso acontecesse violência sexual com uma de suas filhas, segundo mostra o relato seguinte:

Como mulher, eu acho que matava a pessoa, acho que é pouco, já disse isso para o meu marido, eu cortava em pedaços de tanta ira que eu ficaria, se fizessem isso com uma filha minha. Pode ter certeza disso, isso é sentimento de mãe...

Sabiá

Outra entrevistada expressou raiva do agressor por não considerar a falta de condições da vítima para se defender, pois geralmente tem menor estatura, força e poder, como aponta a fala a seguir:

Os adolescentes e as mulheres são mais susceptíveis, por conta de uma questão concreta de diferença da força física mesmo, que os homens têm, e como eles se utilizam disso, principalmente com a criança que a gente sabe que não tem uma capacidade de se defender. Então tem que ficar pensando assim... Tem que controlar essa raiva...

Rolinha

Larraín (2000, p.124), há cinco anos atrás, afirmou que “a reação do setor de saúde à violência doméstica tem sido insuficiente, focalizando quase que exclusivamente os cuidados imediatos com as lesões”. Tal afirmação é corroborada pelos dados desta pesquisa, pois indicam que a situação continua semelhante. No entanto, podemos ver, através das emoções expressas pelas enfermeiras, um ponto de mobilização para dar continuidade ao processo de atendimento às vítimas, apontando assim para um avanço no cuidado a elas prestado pelos serviços de saúde.

Charon (2002, p.29), interpretando o conceito de socialização de Dürkheim, assevera que a sociedade tem condições de existir somente porque penetra no interior do ser humano moldando sua vida, consciência, valores, entre outros. Dessa maneira, as regras da sociedade tornam-se as regras dos cidadãos e, por isso, quando os outros violam essas regras, as pessoas ficam com raiva e se empenham em reafirmá-las por meio da punição.

Olhando os dados sob esse prisma sociológico, e considerando que as enfermeiras têm sido socializadas com a cultura de valorização da criança e do adolescente, com apoio numa legislação que lhes concede os direitos de sujeito, percebe-se que as profissionais empenham-se na defesa desses seres humanos em desenvolvimento.

Cury assim como Fromm (2000) concebem o amor como uma arte a ser aprendida e, como tal, requer esforço, sensibilidade, dedicação e perseverança, porque, sem amor, sem vínculo com alguém, a vida não tem sentido. Eles ainda acrescentam: “O amor nos faz cometer atos ilógicos para cuidar e proteger quem amamos.” (CURY, 2002, p.65). Assim, quando a enfermeira confessa que tem vontade de levar a vítima para sua casa, ela está manifestando a internalização do valor social do compromisso em proteger e defender a causa da criança.

Todavia, além dos sentimentos pelo mal que foi feito, a enfermeira ainda experimenta outros, quando não consegue ajudar a vítima.

Impotência

Diante dos entraves que impedem de deflagrar o processo de proteção a uma criança ou adolescente vítima de violência intrafamiliar, a despeito de sua atuação dentro do conhecimento que ela detém na área, a enfermeira experimenta o sentimento de impotência, segundo se observa na fala abaixo:

É uma coisa horrível!... Isso é uma coisa muito difícil de se lidar, sabe! Porque você sente uma impotência, quando você não consegue... Você libera aquela criança para ir de volta para casa, você sente, sabe!...Porque você não foi adiante? Porque você não foi mais fundo, sabe! Isso é uma coisa que mexe muito comigo. Muito mesmo!

Corruíra

Algumas vezes sinto uma impotência muito grande... por causa de nossa susceptibilidade, pelo fato de que vivemos numa sociedade onde está crescendo estas situações de violência. Tu és obrigada a mudar teus hábitos... já não pode mais caminhar do jeito que tu queres...

Apesar de haver projetos e programas que pretendem dar proteção, apoio e atendimento integral à criança ou ao adolescente vítimas de violência, a enfermeira vê que esta prática ainda está distante da realidade. Tendo participado em um dos projetos, e conhecendo de perto as reais dificuldades para esse atendimento chegar às vítimas, a enfermeira sente-se impotente, como se constata na fala de *Patativa*:

O principal sentimento que me emociona é ver vítimas sendo estupradas, e eu não saber bem como reverter essa situação. Daí outro sentimento que vem à tona é de participar de uma sociedade hipócrita que tem mecanismos para punir, mas não dá subsídio para família se reestruturar... Eu faço parte disso, porque não faço a minha parte... Pinta esse sentimento de culpa, porque nem eu me mobilizei... Particpei uma época de uma rede que eu adorava, mas que mesmo assim, eu não tinha braços, ainda tinham pontas soltas nesse macramê, e não dava conta de tudo. Mas o principal sentimento que aflora é essa grande impotência.

Contrariando a crença de que as emoções são inúteis e paralisantes, esta enfermeira expressa a percepção da necessidade de articulação entre os profissionais dos diferentes setores, segundo descreve a fala abaixo:

O sentimento de impotência é por saber que isso existe, e como que a gente vai fazer para atuar...A impotência é mais por ser solitária... Porque o solitário não consegue fazer nada...Eu, sendo enfermeira, não consigo me mobilizar e agir sozinha, mas acho que fazendo mais comissões, mais grupos...

Patativa

O poder significa a capacidade de fazer valer a vontade de quem o possui, e o poder social (CHARON, 2002, p.167) está presente nas interações da enfermeira com o ser humano sob seu cuidado, com seus pares ou com os demais profissionais da equipe multiprofissional. Assim, quando a enfermeira não consegue dar prosseguimento ao cuidado às vítimas, devido à ausência de outros serviços, insuficiência de profissionais ou mesmo de recursos, ela sente-se impotente, considerando que a falha está no seu agir ou no seu interior. No entanto, Charon (2002) lembra que impotência é o contrário do poder, e este é outorgado pelas estruturas sociais, não cabendo portanto à enfermeira assumir como só sua a responsabilidade pela estagnação do processo de atendimento a essas pessoas.

Entretanto, há um outro poder de que a enfermeira pode lançar mão: o poder da autoridade pelo conhecimento. Assis e Constantino (2003, p.179) mencionam estudos realizados sobre a temática, os quais indicam “a necessidade de uma discussão mais aprofundada da lei”, referindo-se ao ECA. A realidade tem mostrado conhecimento superficial deste documento, tem motivado nos profissionais de saúde a resistência em assumirem sua responsabilidade em proteger as crianças e adolescentes.

A disposição para aprender mais sobre como lidar com o fenômeno e suas vítimas denota o cuidado amoroso da enfermeira em favor da causa desse segmento da sociedade, sustentado pelo pensamento de Buscaglia (2002, p.131): “O amor está sempre mudando e sempre aprendendo [...] constantemente observando, escutando, ajustando-se e se re-ajustando”, atitude que a maioria das entrevistadas demonstrou.

Exaustão

A não resolução das situações de violência intrafamiliar, diagnosticada pela equipe de saúde, resulta numa mescla de sentimentos para a enfermeira. Assim, ela não se desgasta apenas com emoções por aquilo que não realizou. Quando é possível o cuidado, além do desgaste físico, este é acompanhado de sentimentos por perceber o aviltamento da vítima, resultando em exaustão também para a profissional, segundo mostram os relatos seguintes:

Isso dá uma consciência meio pesada... Porque tu não consegues dar conta de tudo. Eu era muito ansiosa e dizia: Meu Deus do céu! Na minha comunidade não podia passar nem um caso desapercebido sem que a gente tentasse... Mas eu comecei a ficar angustiada demais, daí eu fiz um pouquinho o que todo mundo faz: se defende fazendo de conta...Tu comesças a sofrer sem poder resolver...

Azulão

Situações de violência permeiam teu trabalho e isso te abate bastante, chega a sugar a tua energia [...] teve uma situação que foi muito desgastante, o caso de uma violência física e sexual bem grave... Acompanhei durante uma semana, ela vindo aqui... para acompanhamento médico, de avaliação psiquiátrica... Estava num estresse pós-trauma. Acompanhei mais direto, e foi uma semana que eu não prestei. Depois fui acompanhá-la no depoimento, foi outro dia que eu... Escutar todos os detalhes de como é que foi o crime, de como ela reagiu... Mexeu muito comigo, me deixou... não digo fragilizada, sem energia mesmo. Então tinha que pensar um pouco nessa coisa do cuidando do cuidador [...] para conseguir se reerguer, se reanimar, porque é difícil...

Rolinha

Mesmo para a enfermeira da emergência de hospital geral, para o qual afluem quase que cotidianamente crianças agredidas por seus genitores, cuidar destas lhe tem exaurido tanto a energia física quanto a emocional, como se constata nas falas a seguir:

Sinto-me agredida, parece que eu senti a agressão, abala... Tanto que depois que se resolveu tudo profissionalmente, eu tenho que sair. Tenho que parar, porque é como se eu precisasse de um relaxamento para não me envolver emocionalmente na história

Pardal

Quando é uma coisa mais grave, eu sempre digo: O plantão acabou... Acabou porque... mexe com o teu emocional, [...] porque carregaram toda minha energia e eu tenho que ser recarregada de novo.

Curió

Embora o cuidado seja a essência da Enfermagem, nem sempre as enfermeiras tomam cuidado suficiente para consigo mesmas, especialmente no que diz respeito a compensar o estresse que, em diferentes gradações, existe nos ambientes dos serviços de saúde, expondo as profissionais ao desequilíbrio entre o cuidar do outro e o cuidar de si. É este desequilíbrio que pode levar à “exaustão física e emocional associada ao trabalho profissional”, ou seja, ao *burnout* (RADÜNZ, 2001, p.22) anteriormente já mencionado.

Consistindo o cuidado a vítimas de violência intrafamiliar contra criança e adolescente em interações que têm lugar em contextos e condições estressantes, é mister que as enfermeiras pensem em se prevenir da exaustão. Esta prevenção é lograda através do cuidado de si e, segundo Radünz (2001), a habilidade de bem cuidar é diretamente proporcional ao cuidado que a enfermeira oferta a si própria.

Fatores “estranguladores” (ASSIS e CONSTANTINO, 2003, p.178) para o cuidado à criança o ao adolescente que sofreu violência intrafamiliar constituem também um consumidor de energia para algumas enfermeiras, não só com relação ao trabalho físico, mas, de energia emocional.

Demonstrando que situações de violência são fatores consumidores de energia, Policarpo et al. (2003) afirmam que as crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar têm sua energia física e emocional remanescentes direcionadas à sobrevivência. E é neste campo energético desgastado que a enfermeira entrará, para prestar-lhes o cuidado. O fato reforça a idéia de Radünz (2001, p.108), quando refere-se ao processo de interação humana vivenciado pelo enfermeiro no seu exercício profissional, alertando para o desgaste, em certos contextos, do cuidado da enfermeira, demandando “suporte social, emocional e afetivo, pela constante convivência com sofrimento, dor, tristeza, angústia” e mesmo a morte.

A enfermeira pode sentir exaustão quando o fenômeno lhe causar conflitos pelos limites de seu papel a superar, quando ela tem suas reticências psicológicas ou por não se sentir devidamente preparada.

Sofrimento

A despeito de seu agir, quando as vítimas precisam de ações para além da alçada da enfermeira, ela não consegue apaziguar seus sentimentos de frustração e culpa, segundo apontam as falas seguintes:

Ah! Eu me sinto terrível, o pessoal aqui no posto já me conhece, porque tem horas que eu digo: Gente nós vamos ter que terminar isso... Tu vê a angústia dos agentes comunitários, é horrível porque eles vêem isso acontecendo, e eles querem resolver, mas não podem, não dá para resolver todos os casos...

Azulão

A violência com criança é uma coisa que mexe muito com a gente

Pardal

Sentimentos de culpa ainda podem assaltar a enfermeira, quando o atendimento da vítima – pelo fato de o caso ganhar visibilidade – desdobra-se em outras situações constrangedoras, as quais acabam revitimizando a criança. Quando a retirada do agressor de casa às vezes significa a saída também do provedor da família, a vítima pode vir a ser responsabilizada pelas privações que aquela passa a vivenciar. Ou a criança ainda pode ser revitimizada quando o desvelamento do caso resulta na morte do agressor. Só em relatar os fatos, *Patativa* sofre, sente vontade de chorar, como é registrado nos depoimentos abaixo:

O agressor era o pai e ao mesmo tempo o provedor daquela família. A gente acaba gerando um ciclo que é angustiante [...] [sua voz se embarga e lágrimas lhe vêm aos olhos]. Só de imaginar que essa criança vai crescer num ambiente que a mãe disse: "Se eu soubesse que ia trazer minha filhinha de cinco anos com hemorragia [por HPV] no hospital e que meu filho ia morrer, eu não teria trazido..." Então ela vai crescer nesse ambiente, sendo culpada pela morte do irmão, e ela não é culpada, mas ela vai crescer assim... Outra criança de nove anos e as outras irmãs eram abusadas pelo pai, e ela cresceu sabendo que todo pai fazia isso com as filhas.

Na segunda série, ela contou para amiguinha A amiguinha foi e contou para mãe dela, e a mãe da amiguinha contou para mãe da amiguinha violada... Daí a mãe tomou as providências e chamou a polícia e descobriu. Enquanto essa menina de nove anos estava no Instituto Médico Legal fazendo a perícia, o perito foi chamado para atender um caso de enforcamento. Era do pai da [...] Quando a perita chegou na frente na casa, escutou: "Tudo isso por causa de fofoca da menina na escola"... Já estava rodando na frente da casa da criança de nove anos que o pai tinha morrido por culpa dela...

Deslandes (2002, p.177) declara que a violência e seus diversos protagonistas põem em tela “dilemas ético-morais” de várias ordens, desde os relativos à “conduta profissional até os desenhados pela sociedade”, que certamente atingem a enfermeira, ao protagonizar o cuidado à crianças ou o adolescente vítima desse fenômeno.

Ouvir o relato de um episódio do fenômeno violência intrafamiliar também pode levar a enfermeira a emocionar-se e chorar, quando a mulher-mãe ou criança esmiúçam o episódio, segundo mostra a fala a seguir:

Na hora que a criança e a mãe começam a falar, tu acabas chorando, saindo, deixando a psicóloga, porque tem situações tão loucas que a gente não segura, encarar sozinha...

Gaivota

O aviltamento a que a violência sexual expõe a vítima sensibiliza a enfermeira, e pode fazê-la chorar também, de acordo com o relato seguinte:

Em alguns momentos, eu fiquei muito sensibilizada, tive que sair, chorar um pouco para conseguir me recompor, voltar e conseguir atender. A violência sexual mexe mais comigo, me dá mais raiva porque, além de tudo, mexe muito com a intimidade das pessoas.

Rolinha

Perder o controle no andamento do processo de atendimento à vítima, após denunciar casos de violência intrafamiliar contra a criança ou o adolescente ao órgão de proteção, é fonte de sofrimento para a enfermeira, conforme se verifica na fala abaixo:

Como profissional, a gente fica angustiada. A partir do momento que você coloca uma família sob a intervenção do Conselho Tutelar, você deixa aquela família à mercê só da competência legal. Ela que vai julgar nesses moldes... Será que a intervenção vai ser a melhor para aquela família...

Patativa

No entanto, Azevedo e Guerra (1998, p.41) alertam para que o profissional que não notifica os órgãos de proteção por “receio de colocar em marcha toda uma estrutura administrativa ou judiciária [...] pelo fato de não poder controlar todas as medidas que possam ser decretadas devido à notificação...”, está permitindo uma realidade de risco para as vítimas, tanto para as que já receberam algum

atendimento, como para aquelas que não conseguiram “opor seu grito de socorro à lei do silêncio”.

O sofrimento da enfermeira ainda pode ser causado por ameaças que pairam no ar, por parte dos pais agressores, segundo mostra o relato seguinte:

A gente fica com medo, a gente trabalha num posto aonde só tem mulheres, então, querendo ou não, eles podem vim e se vingar da gente de uma outra forma, né?

Andorinha

Assis e Constantino (2003, p.172) mencionam o trabalho de Carswell sobre o perfil dos perpetradores de maus tratos e destacam os “impasses decorrentes do medo que os profissionais têm da represália da família”. Dessa forma, não é só em nossa realidade de enfermeiras que os profissionais sentem medo dos agressores familiares.

Apesar de o sofrimento surgir na maioria das falas das enfermeiras, chama a atenção o depoimento de *Gaivota* que, seguindo a linha de identificação com o outro, de se preocupar com seu bem-estar, segurança, dignidade, liberdade e vida, tem a compaixão, como um elemento do amor. Ela experimentou o sentimento de gratificação, ao cuidar de criança que tinha sofrido violência, e ao ver, pelo menos, os passos do protocolo cumpridos, entendendo que a vítima está segura, conforme se constata na fala abaixo:

É um tipo de trabalho que não é fácil, eu gosto, mas não é fácil, eu...Gosto de ver quando a coisa anda, quando a coisa tem uma evolução boa, né! Então eu gosto de acompanhar até para ver como é que está todo o processo, se a criança está sendo bem acompanhada...

Aqui, o sofrimento sentido pela enfermeira não se mostrou como um fator incapacitante para fazer algo, mas como a sensibilidade de se sentir parte do sofrimento da própria vítima, o que na concepção de Boff (2001, p.15) é a compaixão, significando a capacidade de partilhar a própria paixão com o outro.

A enfermeira sente ira, sente-se impotente pelas dificuldades de interagir/agir frente a uma criança ou adolescente vítima de violência intrafamiliar, e sente-se exausta durante o desenrolar dos cuidados e pelos entraves encontrados. Assim, as malhas do enredamento da família que vivencia violência em seu seio enredam também os sentimentos da enfermeira, pois, apesar de ter ajudado na tentativa de

romper o ciclo do fenômeno, sente-se culpada por possíveis outras violências que o encaminhamento possa resultar na criança ou no adolescente, bem como na própria família.

Dúvidas

Na classificação de emoções de Goleman (1995), a dúvida é um matiz ou nuance da família das emoções básicas. Além dos sentimentos negativos, algumas enfermeiras tiveram dúvidas quanto às ações a serem empreendidas para pôr em marcha o processo de cuidado da criança ou adolescente vítima de violência intrafamiliar, como se pode observar pelos relatos a seguir:

Como é que uma criança de dois anos...Então eu acho, puxa, será que? Sabe? Como que você pode fazer, ou que coisas? Como que você pode resolver essa questão?

Corruíra

A enfermeira também sente dúvida quando o indício da violência intrafamiliar contra a criança ou o adolescente aponta para necessidade de intervenção de outros profissionais ou setores. Por exemplo, quando a vítima não se enquadra nos limites de idade previstos pelos protocolos dos serviços, ou estes estão funcionando com limitação, ou ainda quando não há possibilidade de articular um projeto com o outro, conforme se constata nas falas abaixo:

Algumas vezes há necessidade de avaliação psiquiátrica. Então como fazer? Como encaminhar, se não tem serviço disponível?

Rolinha

Como a gente pode oferecer um acompanhamento na estrutura do nosso ambulatório? Porque é óbvio que ela precisa de um acompanhamento psicológico para poder estar enfrentado isso.

Rolinha

Encaminhar para onde? Para o Programa do Adolescente, daí tu esbarras, porque não tem dinheiro para o ônibus...

Azulão

A atuação individual e onipotente de alguns profissionais justifica a inquietação de *Patativa*, que conhece a dinâmica dos setores integrantes da rede, segundo mostra o relato abaixo:

Uma dúvida, que muitas vezes me aparece como profissional, é se a ao acionar os órgãos responsáveis você está tomando a atitude mais correta. No sentido legal é, mas para aquela família será que é?

Outra indagação que a enfermeira se faz é se há benefícios para a família, se apenas se retirar a criança da situação de risco. Embora reconheça a existência de risco, ela aponta a necessidade de se considerar a família como um todo que precisa de suporte para se reestruturar, de acordo com o relato a seguir:

Até que ponto nós, instituição, damos atendimento psicológico, psiquiátrico, amparo para essa mãe, para a família se reestruturar? Daí ir lá e só tirar a criança... Mas, só como um órgão fiscalizador e interventor na hora de tirar a criança... É nesse ponto que eu me questiono como profissional e como ser humano, que a gente é meio, eu acho que a gente é hipócrita enquanto instituição... Tenho um enorme ponto de interrogação na minha cabeça...

Patativa

Essa, assim como as outras dúvidas das enfermeiras, assenta-se na ética, ao estar procurando seguir o que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002b, p.30) alerta: que a intervenção seja efetiva, mas sem “provocar maior dano” às vítimas.

A despeito das dúvidas que as enfermeiras relataram, por não saberem quais são as ações específicas da Enfermagem frente ao processo de violência intrafamiliar, independente de saberem se estas existem ou não, elas cuidam e sofrem junto com as vítimas e mesmo com as famílias.

Não saber exatamente quais eram as ações específicas da Enfermagem não imobilizou as profissionais, pois até aquelas enfermeiras que têm capacitação sobre essa temática demonstraram, simultaneamente, o sofrimento frente à situação e o amor para com as vítimas, consolidando assim o cuidado amoroso de Enfermagem.

Sob a ótica de que a Enfermagem hoje se constitui uma prática essencialmente social e que as instituições sociais se fundam por consenso de sentimentos partilhados (CHARON, 2002), em que um ator compreende as expectativas do outro, não podemos, dessa forma, excluir ou minimizar os sentimentos tanto do cliente quanto do profissional, no cenário do cuidado à criança ou adolescente vítima de violência intrafamiliar.

Quando a enfermeira sai de si mesma e entra no universo do outro para sofrer com ele, para cuidar dele e juntos construírem laços de solidariedade (BOFF,

2001), ao seu cuidado conter a compaixão, ele expressa o cuidado amoroso de Enfermagem.

A maioria das enfermeiras entrevistadas manifestou ter sentido emoções diante das situações de violência intrafamiliar contra a criança ou o adolescente, ou diante das condições de seu atendimento. Todavia, Assis e Constantino (2003, p.177) relatam que profissionais de outras áreas também experimentam sentimentos, segundo o registro abaixo:

Os trabalhos oriundos da área da saúde passam a incorporar outros setores de atendimento, em resposta ao sentimento de incompletude e frustração que os profissionais vivenciam no dia-a-dia e à real necessidade de atendimento multidisciplinar e intersetorial

Os sentimentos experimentados pelas enfermeiras, durante o cuidado à vítima, levaram-nas a perceber a necessidade de melhor compreender também esse fenômeno que, a cada dia, agrega aspectos novos às suas expressões. Elas querem cuidar das vítimas de maneira mais humanizada e amorosa, querem interagir com os pais, não apenas de maneira socialmente aceitável, mas também na base de cooperação (CHARON, 2002), pois as questões postas na sociedade, na qual estamos todos inseridos, nos expõe a uma realidade muito dura, suscitando em nós a solidariedade para com o sofrimento do outro (BOFF, 2001, p.15).

Neste sentido, Villalobos (1998) enfatiza que a filosofia, por se ocupar da experiência vivida, aquela que todo ser humano tem sem esforço, mas que depende das características de tempo e espaço, responde às questões sob a forma discursiva, visando corrigir e defender a opinião do sentido comum adequada, e quando a investigação científica for impossível.

6.3.2 Necessidade de Capacitação

A **necessidade de capacitação** para cuidar, frente ao fenômeno da violência intrafamiliar contra a criança ou o adolescente, surgiu quando as enfermeiras verbalizaram **necessitar de preparo** para oferecer um cuidado de Enfermagem cientificamente embasado, amoroso e ético.

Dentre as profissionais participantes deste estudo, poucas apresentavam algum tipo de formação sobre o tema. No entanto, elas expressaram sentir

necessidade de se instrumentalizarem ou seja, aprimorarem o conhecimento que já possuíam, por se sentirem ainda despreparadas para enfrentar o fluxo crescente de tais situações, como se observa nos depoimentos abaixo:

A gente não tem estrutura. Eu acho que a gente teria que ter um treinamento periódico para ter uma abordagem um pouquinho melhor... mais humanizada! Já fizemos alguns cursos [pela instituição X] no ano passado... foi muito interessante, muitos casos, mas eu acho muito pouco produtivo, e a gente não está preparada...

Corruíra.

Eu acho que tinha que ter uma preparação de como lidar com os pais, porque na hora te dá tanta ira da pessoa adulta que faz isso, mas que a gente não pode deixar que isso venha à tona

Pardal

A gente se depara num hospital, num posto de saúde, e a gente precisa saber identificar isso. Se a gente não aprendeu, não tem como descobrir como aquele roxo apareceu, se ela diz: "Ah bati!" Ou foi uma violência, o marido, ou o filho que bateu, ou alguém da família que bateu, ou coisa assim...

Andorinha

A enfermeira reconhece ser seu compromisso ajudar na capacitação de outros profissionais, bem como na estruturação de serviços, para que possam oferecer um atendimento apropriado a essas pessoas, uma vez que elas representam um contingente crescente nos serviços de saúde, conforme se verifica a seguir:

Eu tenho que saber o que eu posso fazer bem, estar estudando cada vez mais, posso acolher bem essas mulheres, posso fazer o meu papel aqui dentro do hospital estruturando os serviços, fazendo parte da capacitação para outros profissionais, para que cada vez mais tenham pessoas que se sintam em condições de atender bem isso...

Rolinha

A visão dessa entrevistada está de acordo com os achados de Assis e Constantino (2003, p.178), ao identificarem o aumento de instrumentos para maior capacitação dos profissionais que lidam com a questão de violência, bem como os da saúde e educação.

As enfermeiras receberam alguma modalidade de capacitação oferecida pelas instituições em que atuam. Entretanto, ainda sentindo necessidade, a maioria

ampliou seus conhecimentos por iniciativa própria, buscando leituras particulares e compartilhando com outros profissionais.

Esses fatos confirmam a lacuna ainda existente na formação sistemática das enfermeiras, a fim de atuarem nessa área, como se verificou em pesquisa realizada por Elsen et al. (2004, p.75). A pesquisa buscou saber quais conhecimentos sobre a temática tinham os estudantes de cinco escolas de Enfermagem do Estado de Santa Catarina. Ela encontrou que, apesar de as instituições de ensino já terem a consciência social de sua co-participação na luta contra o fenômeno da violência intrafamiliar contra a criança ou o adolescente, o conhecimento desenvolvido pelas mesmas é no nível de “noções gerais sobre ele, não têm clareza sobre seu papel frente a uma situação concreta de violência, pois pouca ou nenhuma experiência é oferecida no campo de estágio”. Isto aponta para a necessidade de as escolas reverem seus conteúdos programáticos, segundo se verifica nos depoimentos abaixo:

Talvez precisássemos dessa preparação dentro do curso de Enfermagem, com demonstrações, para nós enfrentarmos a realidade depois quando começar a trabalhar... Principalmente da criança, porque para maioria das mulheres é anjo indefeso... E quando se depara pela primeira vez numa emergência, se assusta... Tu não imaginas que existe essa realidade... Tu pensas que só vai pegar a criança doente, mas nunca uma agressão, como a televisão transmite... É um choque, né...

Curió

Tu consegues fazer a tua parte, que seria fazer todo o protocolo, encaminhar tudo, mas aquela questão de tu tentar buscar o que realmente aconteceu naquela família, tentar ver se é falta de amor ou falta de atenção e tentar ajudar nesse sentido... tu não consegues assim, né!...

Gaivota

Percebendo a complexidade e dinâmica do fenômeno, as enfermeiras reconhecem a necessidade de capacitação contínua da equipe multiprofissional, uma vez que cada situação exige a individualização do atendimento. Azevedo e Guerra (1998, p.9) enfatizam que o atendimento requer equipe multiprofissional porque “um só profissional será impotente para dar conta de todas as facetas e de todas as implicações do fenômeno, assim como será preciso reconhecer que a decisão de lutar e as táticas de combate têm que ser construídas”, conforme mostra o relato a baixo:

*Precisa estar constantemente atualizado com esses dados, para gente saber como lidar, dar um melhor atendimento no primeiro momento... Para daí o profissional interagir e escolher o caminho a seguir [...] Nós teríamos que ter respaldo técnico, uma comissão permanente de estudos como a gente fazia lá, trazendo casos à tona e repensando o nosso agir [...] e talvez até um protocolo de atendimento específico de violência doméstica [...] No macramê tem o fio, tem a cor tem tudo para formar o desenho, e é isso o que a gente tem no momento, pontas soltas. Os agentes de saúde foram treinados para detectar essas situações de violência doméstica, e alguns enfermeiros e médicos foram treinados num segundo momento, mas não existe um trabalho conjunto para que essa equipe... Eu penso que essas pontas do macramê ainda são soltas...
Patativa*

Além da complexidade, ou talvez devido a ela, no atendimento multiprofissional, segundo Azevedo e Guerra (1998, p.72), “os casos de Violência Doméstica contra crianças e adolescentes têm que ter um acompanhamento por um mínimo de **5 anos**, após a revelação do fenômeno.”. No presente estudo, a enfermeira percebe necessitar também de instrumentos para interagir com os pais, já que, no momento da recepção da vítima, experimenta emoções e teme não exercer controle sobre seu *self* durante a abordagem dos pais agressores, com isso afastando-os mais ainda da possibilidade de ajuda.

A violência intrafamiliar que fere crianças e adolescentes, levando-os aos serviços de saúde, não é um fenômeno isolado de questões políticas, econômicas e sociais. Antes, ele é decorrente de uma conjugação destas questões (MINAYO, 2003). Essa é uma razão pela qual esforços envolvendo esses diferentes mundos, incluindo o da Enfermagem, são requeridos para tentar debelar o poder destrutivo da violência, em suas diferentes manifestações, segundo mostra a fala abaixo:

*A nossa clientela tem se diferenciado muito, e até o momento a Enfermagem não tem a formação específica [...] Como a gente trabalha num hospital-escola, temos a oportunidade de trabalhar em uma equipe multidisciplinar, então a gente delega à psicologia, e ela faz esse trabalho de abordagem com a criança e família [...] estamos delegando esse espaço, esse papel, por não saber como lidar [...] Mas hoje nós temos os filhos da violência, do tráfico... crianças que o pai rouba, está preso, a mãe está presa também...
Sanhaço*

A capacitação das enfermeiras para cuidar de crianças e adolescente vítimas de violência intrafamiliar engloba também conhecimento sobre o comportamento social do ser humano, apontando para que não basta cuidar das vítimas diretas, mas

também dos outros adultos na família. E isto só pode acontecer no momento em que elas estiverem abertas para tal, o que evidencia o nível de amadurecimento necessário para se empreender mudanças de atitude. Como salienta Charon (2002), embora o 'eu' seja completamente alicerçado na sociedade, é ele quem dá margem a alguma individualidade através de uma interpretação criativa, do autogoverno e da possibilidade de fazer escolhas. Assim, as enfermeiras, ao verbalizarem a necessidade de capacitação frente ao fenômeno da violência, evidenciam o desejo de empreender mudanças em suas atitudes de cuidado, demonstrando suas escolhas pessoais na busca do conhecimento referente a essa temática, o que vai se refletir na sua prática de cuidado.

A premência da capacitação dos profissionais de saúde em geral e da Enfermagem, especificamente, ficou evidente nas falas das enfermeiras. O cuidado envolve e desenvolve ações, atitudes e comportamentos fundamentados pelo conhecimento (MAIA, et al.). Quando se fala de crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar, esse cuidado necessita, além do conhecimento geral de Enfermagem, estar embasado pelo conhecimento específico sobre o fenômeno da violência.

Os dados aqui apresentados e examinados constituem a categoria **Sentindo Frente ao Fenômeno**, a qual é formada pelas subcategorias **emoções** e **necessidade de capacitação**.

Os sentimentos evocados nas enfermeiras, durante o desenrolar do cuidado à vítima, correspondiam à parte subjetiva da etapa do "eu" do *self* de Mead (1993), aquela que é quase impulsiva. No meu modo de entender, correspondem também à mente emocional de Goleman (1995), assim como à mente pensante corresponde ao 'mim' do *self*, que é a parte reflexiva.

A crueldade do fenômeno desperta nas enfermeiras uma gama de sentimentos negativos e alguns positivos. Por outro lado, a labilidade e o caráter fugidio da violência também demandam uma ação adequada, equilibrada e sensível de capacitação para as enfermeiras, um preparo adquirido continuamente, em que os cuidados sejam permeados pela ciência e pela arte da Enfermagem.

Goleman (1995) fala que nós temos duas mentes: a que pensa e a que sente, e que ambas interagem na construção de nossa vida mental. Ele lembra que a

dicotomia emocional/racional se aproxima da distinção popular “coração” e “cabeça”. Mas existe acentuada gradação na proporção entre controle racional e emocional da mente. Assim, quanto mais intenso é o sentimento, mais dominante se torna a mente emocional, da mesma forma que, quanto mais intenso for o aspecto intelectual, mais racional será o comportamento reposita. Na maioria dos momentos, essas mentes se coordenam estranhamente. Porém, os sentimentos são essenciais para o pensamento, e vice-versa. A mente emocional é nosso radar para o perigo e, como a mente racional leva um ou dois momentos a mais para registrar e reagir do que a mente emocional, o “primeiro impulso” numa situação emocional é do coração, não da cabeça.

A Enfermagem, em seus primórdios, já era alicerçada no amor, na compaixão, na disponibilidade, enfim na humanidade. A prática de Enfermagem evoluiu ao articular arte e ciência, expressando-se na utilização das mãos, da cabeça e do coração, onde as mãos representam as ações guiadas pelo raciocínio – donde vem o conhecimento objetivo, mas vem também a criatividade – e o coração a sensibilidade para gerar a compaixão, a fim de cuidar do outro (DOHANUE, 1993).

Quando as enfermeiras expressavam seus sentimentos frente ao fenômeno da violência intrafamiliar, estavam se colocando como seres humanos que agem e interagem cuidando, demonstrando suas fragilidades e fortalezas. Mostraram-se sensíveis e abertas a “a todas as possibilidades de sentir, vivenciar e transformar-se, as diversidades e as diferenças que possam acontecer nas situações e nos ambientes do cuidado” (MAIA, et al., 2003, p.55).

Dessa forma, as profissionais, ao manifestarem seu desejo de aprimorarem sua capacitação, visando uma abordagem humanizada, elas abriam-se para incluir o aprendizado do amor no seu modo de cuidar das vítimas de violência intrafamiliar.

Considerando que as enfermeiras são seres humanos que amam, amam o ser humano conhecido de longa data ou recém-encontrado, amam o que fazem, há que se considerar também, como nas palavras de Buscaglia (2002, p.130), que “o amor está sempre mudando e sempre aprendendo [...] constantemente observando, escutando, esperando, sentindo, ajustando-se, reajustando-se e mudando”.

Apesar de as enfermeiras entrevistadas, para a coleta de dados desta pesquisa, dirigirem sua capacidade de percepção, compreensão e engenhosidade,

quando interagiam consigo mesmas, e depois com outros profissionais, procurando pelo significado dos indícios captados, tendo em mira ofertarem o cuidado necessário, elas acreditavam que não estavam cuidando. Porém, a despeito de todas essas ações e interações buscando desvelar o que estava por trás, elas almejavam descobrir

o sentido do que se percebeu, se escutou através do agrupamento das informações e analisadas à luz do conhecimento para torná-las significativas em termos de limitações e necessidades a fim de se planejar o cuidar adequadamente (COLLIÈRE,1999, p.299).

Agora, findando este exercício com os fios das falas das enfermeiras, pode-se olhar para a tessitura formada e enxergar com clareza o cuidado de Enfermagem por elas prestado frente ao fenômeno de violência intrafamiliar contra criança e adolescente. Para que essa tessitura tivesse a consistência necessária, os fios das falas foram entremeados ora com fios do interacionismo simbólico, ora com os do amor, ou mesmo com os do cuidado.

Os fios do fenômeno da violência intrafamiliar contra criança e adolescente, por sua vez, figuraram como pano de fundo no tear desta pesquisa, deixando transparecer sua ambigüidade, por vezes como processo, por outras como algo não delineado e fugidio.

Em sendo conduzida por uma indagação filosófica, busquei compreender o escondido, o real e os significados internos nas diversas visões da Enfermagem (VILLALOBOS,1998). Aqueles fios que, no início, se pareciam com uma imensidão de dados ora soltos, ora embaralhados, ou mesmo entrelaçados, depois de serem assim tecidos e “embelezados” pelas cores e brilhos dos diferentes fios aqui trazidos, levaram-me à compreensão do cuidado de Enfermagem prestado frente ao fenômeno de violência intrafamiliar contra criança e adolescente pelas profissionais sujeitos desta pesquisa. A compreensão sobre esse cuidado que, até mesmo sob o olhar delas, era invisível, foi se tornando concreta ao meu olhar investigativo.

Essa tessitura mostrou que as enfermeiras cuidam sim, frente ao fenômeno da violência intrafamiliar contra criança e adolescente, e mostrou, além disto, que elas cuidam com amor!

7- A CONFIGURAÇÃO DE UM MODELO AMOROSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM

Tendo em conta que o cuidar é a essência da Enfermagem, o “estar com” o outro, vendo-o como um ser único e integral, é uma atitude intrínseca ao interagir/agir das enfermeiras. Quando esse outro é uma criança ou adolescente vítima de violência intrafamiliar e chega ao serviço de saúde, ele está na condição de alguém que busca outro alguém que “esteja com ele”, que cuide dele. Esse papel, de suma importância, pode ser desempenhado pela enfermeira.

Ao conscientizar-me de que o amor é uma necessidade humana vital, e não privilégio de alguns, passei a preocupar-me com essas crianças e adolescentes que são privados desse componente necessário para um viver saudável.

Interessada em conhecer e refletir sobre as ações, e em saber se o amor constava de seus cuidados, busquei respostas junto a algumas enfermeiras, através de suas ações de cuidado.

Pela natureza do estudo, quando eu explicitava o objetivo da pesquisa, perguntava-lhes: *Qual tem sido tua vivência frente ao fenômeno da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes? Ou mesmo: Fale-me um pouco sobre o que faz uma enfermeira frente a uma criança e adolescente que foram agredidos pelos pais!* Elas se punham a narrar suas vivências de cuidado e, na maioria das vezes, eu percebia um pedido de ajuda, uma aprovação ou um conjunto de perguntas sobre **como se cuida** desses seres humanos em desenvolvimento, em função das experiências que haviam tido com tais situações. Muitas vezes eu sentia que elas pensavam que eu tinha as respostas, que eu sabia como cuidar dessas pessoas. Elas não imaginavam que as respostas estavam contidas no seu próprio “ser e fazer” Enfermagem.

As informações que elas me relatavam eram muitas, assim como ricas em detalhes e carregadas de sentimentos. À medida que as enfermeiras falavam sobre tais vivências, eu conseguia acompanhar mentalmente suas interações/ações

inicialmente com seu 'eu' e depois com seu 'mim'. Acompanhava também, em pensamentos, seus movimentos de ir ao telefone e à outra sala para partilhar com outros profissionais. Ouvindo seus relatos, eu podia perceber sua respiração acelerada e um sentimento de urgência a clamar por ação. A partir das suas falas, consegui formar o corpo de dados desta tese.

Esse corpo mostrou uma imensidão de dados, que se assemelhavam a uma meada de fios enrolados desordenadamente, e por isso muitos nós estrangulavam o deslizar da minha tentativa em desfazer o emaranhado desses fios, que tinha à minha frente.

Para tanto, iniciei vários caminhos. Em todos eles, a ação primeira foi ler e reler as entrevistas incontáveis vezes. Isso me punha em contato de novo com a realidade ouvida, e eu revivia o sofrimento, a angústia e a frustração contida nas falas de quase todas as enfermeiras integrantes do estudo.

Nessa fase, quem sentia era eu. Sozinha. Olhar para esses retratos descritos pelas enfermeiras produziu em mim a revisão de algumas posições pessoais, profissionais, bem como de cidadã. Esta revisão requereu algum tempo, até que eu pudesse retomar o contato com a dura realidade ali descrita. Perguntava-me o que poderia ver nestes dados, se conseguiria enxergar ali o cuidado das enfermeiras; se existiria ali algum rastro de amor...

Esse tempo de distanciamento dos dados também me fez interagir com o meu "eu" e o meu "mim", e pude então interagir com as informações. Comecei a remexer nos fios das falas das participantes, e percebi que, embora inicialmente relutantes, elas cuidavam ante o fenômeno da violência intrafamiliar. Estavam-se desatando os primeiros nós!

Fazendo uso da observação como instrumento de cuidado de Enfermagem, as enfermeiras estavam **reconhecendo o fenômeno e a família**. Elas observavam e captavam indícios, distinguiram esses sinais, interpretavam-nos como um fenômeno mascarado, identificavam suas possíveis causas, reconheciam a dificuldade de superação como um grande desafio que o mesmo oferece, assim como suas nefastas conseqüências. Lançando seus olhares para a família da vítima, as enfermeiras percebiam que esta tinha uma forma de viver enredada, seus

membros viviam sob tensão, e, mesmo diante dessas evidências, a família negava a vivência da violência em seu interior.

Quer fosse reconhecida, ou apenas uma suspeita de violência, as enfermeiras **interagiam/agiam frente ao fenômeno**. Ao aproximar-se da suposta vítima, da família ou mesmo do agressor, seu interagir/agir configurava seu cuidado. Este cuidado às vezes era subjetivo na modalidade, acolhendo, para suavizar a sensação de desamparo sentida por quem está na condição de vítima. Ao estar orientando as vítimas e os pais, com vistas a preservar a vida, a dignidade, a liberdade e o *self* das pessoas, as profissionais estavam aplicando a interface de cuidado subjetivo. Ao interagirem com outros profissionais da equipe de saúde, ou acionando os setores vinculados à defesa da criança ou do adolescente, as enfermeiras estavam realizando a interface do cuidado objetivo.

Chamou muito a minha atenção, desde as primeiras entrevistas, que as enfermeiras apresentavam-se **sentindo frente ao fenômeno**. A presença de sentimentos era notável em todos os momentos do cuidado, principalmente de sentimentos negativos. As enfermeiras sentiam raiva do agressor, impotência diante dos entraves que impediam seus desejos de assegurar a proteção das vítimas. Elas sentiam suas próprias forças se exaurirem quando vivenciavam o cuidado a essas pessoas. Uma gama de outros sentimentos se misturava, causando ainda sofrimento moral às profissionais, como o peso na consciência ou culpa. Este último sentimento, em geral, originava-se das dúvidas quanto ao seu proceder, levando-as a perceber a necessidade de capacitação. Aquelas que já haviam recebido algum preparo estavam buscando mais, e as que ainda não haviam recebido expressaram veementemente a necessidade de aquisição de conhecimentos sobre essa temática.

Olhar para os dados agora mostra-me que os fios daquelas meadas, antes emaranhadas, deram lugar a uma rede, cujo desenho aponta o cuidado realizado pelas enfermeiras participantes da presente pesquisa. Assim, o cuidado de Enfermagem expresso nas suas falas conformou as três categorias de análise da tese, as quais podem ser vistas sob diferentes prismas.

Ao olhar e re-olhar para esta rede, aos poucos fui visualizando o Processo Amoroso de Cuidar utilizado pelas enfermeiras. A sensação era realmente de que véus que encobriam este Modelo de Cuidar iam sendo retirados, à medida que eu

compreendia mais profundamente as interações/ações das profissionais. Aos meus olhos de pesquisadora, seu cuidar ia tomando uma forma, configurando-se num modelo amoroso de cuidado em Enfermagem.

Na Enfermagem, ou em outra área do conhecimento, as pessoas, consciente ou inconscientemente, agem de acordo com um método, seguem um modelo. A razão que as leva a desempenharem suas ações – das mais singelas às complexas – de maneira quase automática, deve-se a já terem um cabedal de conhecimentos, adquiridos através da rotina, da observação ou sustentados cientificamente (CARRARO, 2001).

A construção do conhecimento da Enfermagem contemporânea tem procurado desviar o foco da patologia, para centrar-se na pessoa que está experienciando o processo saúde-doença, concentrando a atuação na promoção do seu bem-estar e sua saúde (CARRARO, 2001). Um dos produtos desta construção tem sido os modelos conceituais e assistenciais.

Para Valverde (1997), apoiada em Fawcett, modelos conceituais são apresentações formais de imagens privadas de Enfermagem, de algumas enfermeiras. Eles se referem às idéias globais sobre indivíduos, grupos, situações e eventos de interesse para uma disciplina. Os modelos são compostos por conceitos, que são palavras descrevendo imagens mentais de fenômenos e proposições abstratas, expressando ainda as relações entre esses conceitos. A utilidade dos modelos está em eles conferirem organização ao pensamento, observações e interpretações do que é visto, bem como orientarem a pergunta de pesquisa. Eles mostram soluções de problemas práticos, e assim prevêm um alcance mais unificado à prática de Enfermagem.

Nesse sentido, Carraro (2001, p.11) afirma que Modelos de Assistência ou de Cuidar “são representações do mundo vivido expressas verbalmente, ou por meio de símbolos, esquemas, desenhos, gráficos, diagramas”. Eles são “uma abstração da realidade, um modo de visualizar a realidade, facilitando o raciocínio”. Assim, também sustentada em Fawcett, a autora reitera que o modelo proporciona uma estrutura sistematizada e racional para a implementação das ações em Enfermagem.

O Processo de Enfermagem pode ser considerado um Modelo de Cuidado e, segundo Horta, “é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos.” (1979, p.35).

Sob a ótica de Cianciarullo (1997, p.16), Processo de Enfermagem é o corpo de conhecimentos que fundamenta as ações de Enfermagem, e que:

constituem um conjunto teórico, a ciência da Enfermagem, que busca por meio de sistematização das ações, um nível de qualidade compatível com as necessidades do cliente, de sua família e da comunidade, com recursos disponíveis.

Dessa maneira, ainda segundo Carraro (2001), na Enfermagem o método tem a finalidade de organizar e direcionar o desempenho profissional, e assegurar maior qualidade ao cuidado ofertado. Entretanto, é necessário que se compreenda que ele implica na aplicação de um método científico para embasar a sistematização do cuidado, isto é, o seu planejamento, execução e avaliação das ações dessa disciplina profissional.

Então, voltando às categorias construídas a partir das falas das enfermeiras, quais sejam: Reconhecendo o Fenômeno e a Família, Interagindo/Agindo Frente ao Fenômeno e Sentindo Frente ao Fenômeno, pode-se relacioná-las com os passos do método científico ou dos Modelos de Cuidar em Enfermagem.

Olhando sob este prisma, quando elas estavam *Reconhecendo o Fenômeno e a Família*, realizavam, de maneira superposta, o primeiro e o segundo passos de seu Modelo de Cuidar, pois quando colhiam os dados, já os analisavam e estabeleciam o diagnóstico, ou seja, definiam a situação do fenômeno da violência intrafamiliar e da família que o vivenciava.

Após reconhecerem o fenômeno e a família a ele relacionada, elas davam outro passo no Modelo de Cuidar, o *Interagindo/Agindo Frente ao Fenômeno*. Elas estavam planejando e executando os cuidados frente à situação reconhecida, fossem estes cuidados objetivos ou subjetivos. Assim, suas interações/ações correspondiam ao terceiro e quarto passos do referido modelo.

Quando os dados deixaram transparecer que as enfermeiras se colocavam *Sentindo Frente ao Fenômeno*, eles apontavam que, de alguma forma, elas estavam avaliando seu interagir/agir na situação, de forma que as próprias enfermeiras

identificaram que precisam de mais conhecimentos científicos para sua atuação frente ao fenômeno da violência no interior da família. Neste ponto elas estavam desenvolvendo o quinto passo de seu Modelo de Cuidar.

Durante todo este movimento de reflexão sobre o cuidado prestado pelas enfermeiras, o amor se fez presente, corroborando a afirmação de Watson (2005, p.181, tradução nossa) baseada em Levinas, de que o sistema de cuidado e o amor se cruzam, de maneira que o amor sempre esteve latente no cuidado de Enfermagem, trazido à tona agora pela filosofia da ética no cuidado.

Nem sempre as falas das enfermeiras do estudo, demonstravam consciência do cuidado que prestavam, do amor contido neste cuidado e muito menos que seu cuidado poderia formar um modelo de cuidar. Entretanto, após o olhar lançado aos dados, dispondo do subsídio teórico sobre a violência, o amor, o cuidado e o interacionismo simbólico, um Modelo Amoroso de Cuidar foi se configurando aos meus olhos de investigadora, representado na figura a seguir:

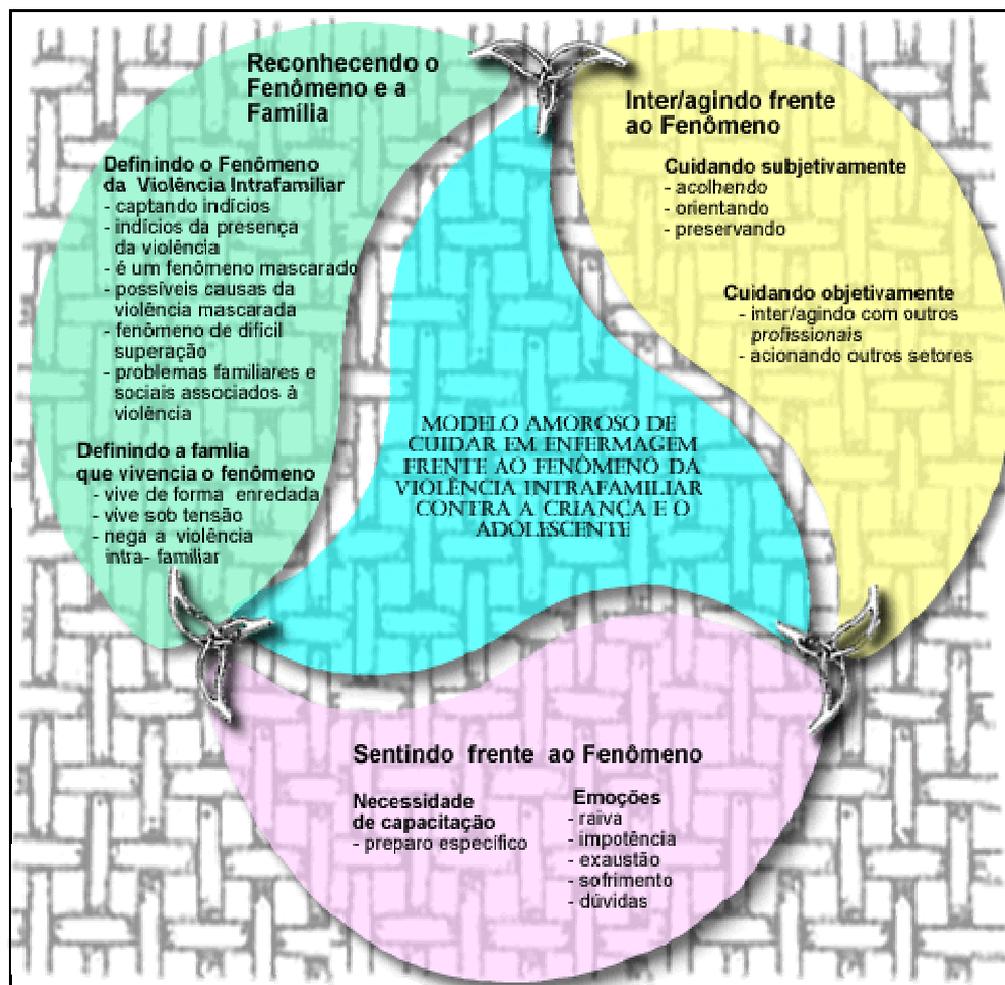


Figura 2- (GRÜDTNER e CARRARO, 2005) A Configuração de um Modelo Amoroso de Cuidar em Enfermagem

7.1 Tecendo Algumas Ponderações

Dada a complexidade e ao mesmo tempo a singularidade das pessoas humanas, tanto dos participantes quanto do pesquisador, resultados de investigações qualitativas não são generalizáveis.

Contudo, ao chegar neste ponto do desenvolvimento da investigação, surgiu a necessidade de voltar o olhar, não apenas para seus resultados, mas também para sua tessitura como um processo, e de registrar algumas ponderações.

No momento em que as enfermeiras participantes deste estudo liam a palavra "amor" em seu título, reagiam. Um instantaneamente se recolhiam para alguma interação com seu 'eu'. A maior parte delas manifestava, pela expressão de suas feições, gostar do que lera. Outras, passado esse primeiro momento, e após interagirem com seu 'mim', ressurgiam confessando-se surpresas ao verem o amor sendo tratado num trabalho de cunho científico, na Enfermagem contemporânea, e, concluindo que o mundo anda muito hostil, aquiesciam em participar dos trabalhos. A forma amorosa de tratar uma temática rude como a violência, permitiu que se formasse um clima interativo entre nós, e então as enfermeiras discorriam sobre suas vivências ante o fenômeno da violência na família contra a criança e o adolescente. Esses eram momentos especiais, nos quais nos dávamos o ousado direito de pensar sobre a possibilidade de se praticar a Enfermagem, impregnada de um cuidado amoroso.

Penso que, a partir dali, um processo de reflexão era deflagrado, o qual poderá resultar em mudanças nas suas formas de interagir/agir, trazendo assim a possibilidade de reconhecimentos e reformulações para as próprias enfermeiras do estudo, quanto à visão de que o amor é exequível e legítimo no cuidado de Enfermagem.

Apontando que as enfermeiras cuidam amorosamente, o Modelo Amoroso de Cuidar Utilizado pelas Enfermeiras Frente ao Fenômeno da Violência Intrafamiliar Contra a Criança e o Adolescente surge como um corpo de conhecimentos produzido, e aqui disponibilizado, para ser utilizado por outras tantas enfermeiras que, em seu dia-a-dia, se deparam com a realidade da violência.

Penso também que os resultados desta pesquisa, ao revelarem o amor contido no cuidado das profissionais da Enfermagem, podem traduzir-se em contribuições, ao sugerirem um repensar ampliado, em que, a exemplo da prática dessas enfermeiras, outros profissionais também possam cuidar amorosamente.

Os resultados podem também subsidiar o repensar das políticas públicas de saúde, seja no que concerne à prevenção do fenômeno, preservar e cuidar das vítimas, ou seja na promoção da saúde.

Indicam ainda os resultados a premência de que esta temática seja incluída nos currículos dos cursos, não apenas de Enfermagem, mas de todos aqueles cujos

profissionais possam vir a atuar frente ao fenômeno da violência intrafamiliar contra criança e adolescente. Ainda, a capacitação frente ao fenômeno da violência intrafamiliar é uma política de ensino que deve estar inserida também nos departamentos de Educação em Serviço das Instituições de Saúde.

Ao trazer a visibilidade do cuidado amoroso frente ao fenômeno da violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente, os resultados desta tese, certamente trarão benefícios intangíveis para as próprias vítimas, suas famílias, aos profissionais e à sociedade em geral, a partir da visão de que o amor é componente indispensável ao viver humano.

Esta tese não demonstra que o cuidado, mesmo em seu sentido amplo, seja a solução para a violência, embora se possa entender a violência como uma falta de cuidado. Mas ela ocorre também por outros tantos fatores aqui já abordados, inclusive pela própria natureza do ser humano. Também não afirma que o cuidado amoroso vai reverter o fenômeno da violência intrafamiliar. Mas ela chama a atenção dos profissionais de Enfermagem, e das outras categorias, para a conscientização, a visibilidade do fenômeno, no sentido de que, ao cuidar, reconheçam a criança, o adolescente, a família que o vivencia, e interaja/aja, cuidando frente à situação, permitindo-se sentir as emoções que afloram diante da violência.

Assim, os resultados desta investigação, aqui expostos, confirmam a premissa que a originou: ***As enfermeiras cuidam diante do fenômeno de violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente.***

É necessário salientar que a tessitura literária sobre o interacionismo simbólico, a violência, mais especificamente a intrafamiliar, o amor e o cuidado, apresentada nesta tese, sustentou a reflexão sobre o cuidado expresso nas falas, assim como possibilitou visualizar o modelo amoroso de cuidar das enfermeiras participantes.

Destaco ainda que, elaborar o corpo de conhecimentos para fundamentar esta tese, consistiu um grande desafio teórico. É um desafio que julgo vencido, ao perceber que o mesmo permitiu, no tecer dos fios das falas das enfermeiras, visualizar uma rede de ações pela qual fui levada à compreensão e interpretação do cuidado. É uma rede que ultrapassou o objetivo inicial do estudo, que era: ***Refletir***

sobre o cuidado prestado pelas enfermeiras, chegando à configuração de um Modelo Amoroso de Cuidar frente ao fenômeno da violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente.

A relevância do alcance do objetivo desta investigação desdobra-se em dois aspectos da produção de conhecimento. O primeiro é o de disponibilizar à comunidade cuidadora dessa clientela um modelo de cuidado cientificamente embasado e, ao mesmo tempo, sensível. O lado arte da Enfermagem entrelaçando mãos, cabeça e coração, representados na sensibilidade, criatividade e na compaixão (DOHANUE, 1993).

O segundo é uma seqüência do primeiro. Ao produzir e disponibilizar conhecimentos sobre esta temática, se está contribuindo para a capacitação de profissionais para o cuidar amorosamente da criança ou do adolescente que sofreu violência dentro da própria família. Ao capacitar-se e interagir/agir apoiada nesse conhecimento, a enfermeira estará criando uma cultura de não violência dentro das instituições de saúde. Esta cultura estará simbolizada no respeito ao direito do outro, direito à liberdade de fazer suas escolhas, de ser reconhecido o cidadão e não apenas como cliente, paciente, usuário, ou outra denominação que se lhe der, entendendo-se que o cuidado que o ser humano de hoje almeja é solidário, humanizado, cidadão, ético – o cuidado que chamo de amoroso.

EPÍLOGO

Não devam nada a ninguém. A única dívida que vocês devem ter é a de amar uns aos outros [...] Quem tem amor não faz mal aos outros. (Romanos 13:8).

Almejei destacar, ao longo do trabalho, a relevância do amor para o processo de viver humano, incluindo nele o período em que o cuidado profissional da enfermeira é necessário, pois entendo que o amor é inerente ao ato de cuidar. A despeito de temer não ter logrado mostrar o quanto ele está imbricado no cuidado de Enfermagem.

Ainda assim, contento-me com o apoio de autores como os referidos no presente estudo, bem como muitos outros que igualmente reputam ao amor o valor como “instrumento essencial” para a construção das relações entre os seres humanos (SCHOEPFLIN, 2004, p.11).

Embora o amor seja visto por alguns filósofos como paixão, por outros apenas como sentimento fugaz e incontrolável, por outros ainda ele é visto como ação, fruto de decisão e de trabalho árduo, contra as tendências naturais do ser humano em descambar para o caminho mais fácil do hedonismo.

Assim, minhas tentativas de definir o amor se constituíram de alguns rodeios, não tanto de propósito, e mais por dificuldade em definir um valor que deriva da dimensão espiritual. Reportando-me às quatro categorias de pensadores, encontradas por Schoepflin (2004, p.11), identifica-se um fascínio em todos os pensadores que sobre este tema se têm debruçado, independente de sua visão de mundo. Apesar de o amor ser reconhecido como um valor positivo, em uma delas, ele é classificado como “uma realidade inexistente, ilusória [...] inalcançável” na dimensão humana. Os integrantes desse grupo não deixam de ter razão.

Pessoalmente, creio que o Criador do mundo, e de todos os seres e coisas que nele há, criou-os por um ato de amor, isto é, atribuindo valor à criatura ou ao objeto criado. Continuando a ver no ser humano o mesmo valor inicialmente a ele atribuído, Deus proporcionou, noutra ato de amor, uma segunda chance a essa

criatura falível, de se religar a Ele, e a seus semelhantes, através desse valor que une, que liga as pessoas, para assim livrá-lo da condição de desamparo e imprevisibilidade do ser humano aqui na terra “derramando” do Seu amor, no coração humano.

Nesse contexto, o amor é então entendido como aquela inclinação ou disposição seguida de deliberação, e exercida pelo ser humano, de tratar seu semelhante como alguém especial, merecedor de valor, sem contendas, porém com modéstia e sabedoria, que traz à sua memória aquele valor que lhe foi conferido por ocasião de sua criação, o qual faz-lhe sentir-se incluído, irmanado, com desejo de ser solidário e que permite-lhe receber solidariedade, sacando-o da solidão antes sentida.

É esta modalidade de amor ação, demonstrada através da solidariedade, do compromisso, da ética, e não apenas quando traz conveniência, que traduz o amor ágape, aquele que não se importa com a situação presente, mas está com o outro numa atitude de compaixão, por que há a necessidade de sua presença.

Quer o leitor concorde ou não com minha visão de mundo e de amor, não vejo outro cenário universal senão uma tentativa da humanidade de cumprir o mandamento divino, escrito pelo apóstolo Paulo na carta aos Romanos capítulo 13 e versículo 08, onde é mostrado, a toda a humanidade, de que a única dívida que podemos ter para com nosso semelhante é a de amá-lo... Isto denota que, em relação a outras coisas, poderemos liquidar nossa dívida para com o outro, mas o amor é uma conta sempre aberta, e por isso deve perenemente ser dado, ofertado, oferecido ao próximo, ao outro. Não considerando objetos materiais, o amor mostra sua finalidade, função ou propósito, enfaticamente nas situações em que a pessoa está afetiva, emocional e socialmente vulnerável. Essa condição de fragilização da sua humanidade poderá ser revertida por aquele amor que atribui valor à pessoa. Ao acolhê-la, ampará-la, trará, das profundezas do seu ser, a lembrança de que foi criada tendo muito valor e, assim, a possibilidade de viver reconhecendo no outro, um legítimo outro valioso, mas tão vulnerável quanto o ser que está em sua presença.

Concebendo assim o amor como um instrumento, artefato, estratégia ou método de Deus para unir os homens, independente de seu papel, posição, classe,

ou situação vivida, é que vejo o amor presente no cuidado de Enfermagem. Este é o amor que move o ser humano na direção da justiça, do compromisso e da responsabilidade para com o outro, sem desrespeitar sua unicidade.

Fromm (2000) enfatiza que o estilo de vida moldado pela sociedade capitalista, é incompatível com o amor, por isso viveu-se um período da história em que ele sofreu tentativas de ser suplantado. Mas, sendo a força que molda as relações interpessoais, o amor sobreviveu, e hoje assistimos uma significativa onda de busca desse valor no meio da humanidade, representada no resgate dos direitos humanos universais que, ao estarem revalorizando o ser humano, estão devolvendo-lhe sua dignidade conferida no ato da criação. Seu valor nas relações entre as pessoas vai ganhando espaço em todo empreendimento que depende da interação humana. Paradoxalmente, Sanders (2003) mostra que hoje, até as empresas de cunho mercantilista se estão voltando para o amor, reconhecendo-o como a melhor estratégia para alcançar suas metas. Nas escolas, o amor está sendo convidado a fazer parte das relações entre professores e estudantes, e mesmo nas lojas, mas principalmente nas famílias, onde deveria ser o ninho em que todos aprendêssemos a exercitá-lo e vivê-lo.

Ora, se ele é uma força que eleva o ser humano, que impulsiona esse ser frágil na direção de buscar o bem da humanidade, e não só seus interesses, ele é um valor que deve estar contemplado no ser e fazer da Enfermagem. Revelo que propus-me a estudar o amor para vê-lo situado no fazer da Enfermagem, por reconhecê-lo como algo dado ao ser humano para relacionar-se, primeiramente, numa relação vertical com Deus, e depois numa relação horizontal com seu semelhante. Ora, a profissional que ama o ser humano que está a sua frente, no serviço de saúde, numa condição diferente, em relação ao poder, neste contexto, não será indiferente, abusiva, injusta, indelicada e inseqüente. Sei entretanto, que para um agir competente tecnicamente precisa-se de habilidades cognitivas, manuais, enfim, de conhecimentos científicos e técnicos, porém, a enfermeira pode ter todos esses requisitos e não ser movida por valores como o amor, para colocá-los em prática na hora da ação.

No caso de se pensar em falta de evidências científicas para o que venho argumentando, penso que basta lançar um olhar para o que resulta de interações

efetivadas na ausência do amor. Nelas não há comunicação, cooperação, partilha, tolerância ou sobrevivência.

Por outro lado, posso ver o amor atuando, quando o ser humano enfermeira encontra outro ser humano numa situação em que sua vida foi ameaçada, sua dignidade aviltada, a segurança estilhaçada, a liberdade subtraída, a alma desiludida e sua fonte de proteção pulverizada, e aquela profissional o acolhe. Ela ouve, afaga-lhe o rosto, enxuga-lhe as lágrimas, lembra-lhe que há outras possibilidades, incentiva a buscá-las, aponta-lhe a estrada da esperança, arregimentando profissionais e recursos para que lhe seja restituído o que lhe foi expropriado. Nesse momento reconheço inequivocamente uma enfermeira movida pelo amor para ofertar o cuidado que a criança ou o adolescente necessita – o cuidado amoroso.

Embora a necessidade de amor seja inata, o amor pode nascer da interação entre a enfermeira e o usuário do serviço de saúde. A criança ou o adolescente, vítima do fenômeno da violência na intimidade de seu lar, ao ser recebida por uma enfermeira que utiliza um modelo de cuidado amoroso de Enfermagem, estampado nas mais variadas e simples ações da profissional, como foram ilustradas nas páginas desta tese, poderão encontrar o espaço para criar o amor por si. Ao ser-lhe lembrado – não através de palavras, porém de atos – o valor que recebeu na Criação, e que, a despeito do que possa ter acontecido, ele não se pulverizou, não deixou de existir, ele está lá, é preciso apenas tomar posição para se reapropriar de sua dignidade. É com os próprios recursos interiores da criança ou do adolescente que a enfermeira, a partir do cuidado amoroso, poderá ajudá-lo a criar o amor...

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 2000, 1014 p.

ABRAPIA – Associação Brasileira multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência. **Alguns dados sobre violência doméstica praticada contra crianças e adolescentes**. Disponível em <http://www.abrapia.org.br/antigo/Dado/Gráficos/Viol%Eancia%20Dom%E9stica.htm>
Acesso em: 1º abril 2005.

ALMOARQUEG, Sheila Rovinski; JUNGBLUT, Isabel Cristina de Oliveira; ISSI, Helena Becker. Trabalhando pela reconstrução da infância: papel da enfermeira de unidade pediátrica no programa de proteção à criança do hospital de clínicas de Porto Alegre. **Rev. Texto e Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 506-509, maio/ago. 1999.

ALTHOFF, Coleta Rinaldi. **Convivendo em Família**: contribuição para a construção de uma teoria substitutiva sobre ambiente familiar. Florianópolis, 2001. 174f Tese (Doutorado em Filosofia em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

ARENDT, Hannah. **Sobre a Violência**. tradução André Duarte. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981, 279 p.

ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, Patrícia. Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90. In: MINAYO, Maria C.de S.; SOUZA, Edinilza Ramos de. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, 284 p.

AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. **Infância e violência doméstica**: fronteiras do conhecimento. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1997. 334 p.

AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo. (Org.). **Com licença, vamos à luta**: guia de Bolso/ TELELACRI. São Paulo: Iglu, 1998.

AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane Nogueira de Azevedo **Infância e Violência Doméstica: o castigo dos cacos quebrados**. Telecurso de Especialização, módulo 1. LACRI – Laboratório de Estudos da Criança. USP, São Paulo, 2001. 71 p.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Tradução de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1998. 370 p.

BALLONE, G. J.; ORTOLANI, I. V. Violência doméstica. In **PsiquWeb Internet**. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/infantil/violdome.htm>>. Acesso em: 14 dez. 2004.

BEZERRA, Rose Mary. **Qual é a origem de tanta violência?** Disponível em <<file:///A:/050017.htm>> Acesso em: 20 maio 2002.

BLUMER, Herbert. **Symbolic Interacionism: perspective and method**. Berkeley: University of California Press, 1969, 208 p.

BOFF, Leonardo. **Princípio de compaixão e cuidado**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 164 p.

BOWLBY, Jonh. **Apego: psicologia e pedagogia**. São Paulo: Martins Fontes, 1984. 423 p. (Trilogia apego e perda v. 1)

BRADSHAW, John. **A criação amor: a grande etapa do crescimento**. Rio de Janeiro: Rocco, 1997. 496 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. Brasília: 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Direitos; Ministério da Justiça; Secretaria do Estado dos Direitos Humanos. **Direitos Humanos e Violência Intrafamiliar: informações e orientações para Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40 p.

BRASIL. Ministério da Justiça – Secretaria de Estado de Direitos Humanos. **Plano Nacional de enfrentamento da violência sexual infanto-juvenil**. 3 ed. Brasília: SEDH/DCA, 2002a. 59 p. (Série Subsídios, 5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Série Cadernos de Atenção Básica; n.8. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 96 p.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Relatório de avaliação do programa:** programa de combate ao abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes. Brasília : TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2004. 100 p.

BRAZ, José. **Teoria da violência** de Engels Friederich. Leipzig: Vorwärts, 1877. fonte: gentilmente cedido pelo grupo “Acropolis”; HTML. Disponível em <[The Marxists Internet Archive](#)>. Acesso em: 12 jun. 2004.

BRINGIOTTI, María Inés. **Maltrato Infantil:** factores de riesgo para el maltrato físico em la población infantil. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras. Madri: Impreso en Unigraf, S.L. Móstoles, 1999. 211 p.

BUSCAGLIA, Leonardo Felice. **Vivendo, amando e aprendendo.** Tradução de Luiza Caminha Machado da Costa. 23 ed. Janeiro: Nova Era, 1999. 275 p.

BUSCAGLIA, Leonardo Felice. **Amor:** sobre a maior experiência da vida. 22 ed. Janeiro: Nova Era, 2002. 160 p.

BUSCAGLIA, Leo. **Nascidos para amar:** uma celebração à vida. Tradução de Paulo Fróes. 10 ed. Rio de Janeiro: Nova Era, 2005. 392 p.

CAIRO, CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 32, 1994, Cairo. **Resumo do programa de ação.** ONU, 1994.

CAMARGO, Climene Laura; BURALLI, Keiko Ogura. **Violência familiar:** contra crianças e adolescentes. Salvador: Ultragraph 1998. 169p.

CARDIA, Nancy; SCHIFFER, Sueli. Violência e desigualdade social. **Rev. Ciência e Cultura: temas e tendências.** São Paulo. p. 25-31 2002.

CARRARO, Telma Elisa. **Mortes maternas por infecções puerperais:** os componentes da assistência de enfermagem no processo de prevenção à luz de Nightingale e Semmelweis. Florianópolis, 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

CARRARO, Telma Elisa. Metodologia da assistência de Enfermagem: sua elaboração e implementação na prática. In: Westphalen, Mary E. A.; CARRARO, Telma Elisa (Org.). **Metodologias para a assistência de Enfermagem:** teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB editora. 2001. 159 p.

CARRARO, Telma Elisa. **Poder vital, psiconeuroimunologia e bioética**: sua inter-relação e a humanização da assistência de enfermagem. Florianópolis, 2002. (Digitado). 38 p.

CARRARO, Telma Elisa. Métodos, modelos e modos de cuidar em Enfermagem – editorial. **Rev. Texto e Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 153-4, abril/jun. 2005.

CARRARO, Telma Elisa; RADÜNZ, Véra. A empatia no relacionamento terapêutico: um instrumento do cuidado. Curitiba: **Cogitare Enferm**. v. 1 n. 2, p. 50-52, jul./dez. 1996.

CHAPMAN, Garry; CAMPBELL, Ross. **As cinco linguagens do amor das crianças**. São Paulo: Mundo Cristão, 1999.

CHARON, Joel M. **Symbolic Interactionism**: an introduction, an interpretation, an integration. 3 ed. New Jersey: Prentuce Hall, 1989.

CHARON, Joel M. **Sociologia**. 5 ed. Tradução de Laura Teixeira Motta. São Paulo: Saraiva, 2002. 237 p.

CIANCIARULLO, Tamara I. **Teoria e prática em auditoria de cuidados**. São Paulo: Ícone, 1997.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Tradução de Maria Leonor braga Abecasis. Lisboa: Lidel – edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. 385 p.

COVEY, Stephen R. **Os sete hábitos das pessoas muito eficientes**. São Paulo: Best Seller, 1989. 372 p.

CUNHA, Janice Machado da. **Atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica**: impasses e desafios. Dissertação (Mestrado), Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

CURY, Augusto Jorge. **O mestre do amor**: análise da inteligência de Cristo. São Paulo: Academia da Inteligência, 2002. 200 p.

DESLANDES, Suely Ferreira. Atenção a criança e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: v. 10, Suplemento n. 1, p. 177-187, 1994b.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Prevenir a violência - um desafio para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994a, 38 p.

DESLANDES, Suely Ferreira. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "prevenção numa hora dessas?" **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. ABRASCO: Rio de Janeiro. v. 4. n.º 1, p. 81 – 99, 1999.

DESLANDES, Suely Ferreira. **Frágeis deuses**: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002, 195 p.

DONHANUE. M. Patrícia. **Historia de la enfermeria**. Espanha: Ediciones Doyma, 1993.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; COSTA, T. N. A. A importância do interacionismo simbólico na prática da enfermagem. **Rev. Esc. Enf USP**. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 219-26, ago. 1997.

ELSEN et al. Relatório técnico-científico: levantamento de casos ocorridos em uma instituição de Florianópolis no mês de agosto de 1996. In: IV TELECURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA CRIANÇA E ADOLESCENTE. **Anais...** Florianópolis, 1997. (Digitado).

ELSEN et al. A enfermagem frente à violência familiar. In: EnfSul. **Anais...** Porto Alegre, 2000.

ELSEN, I.; GRÜDTNER, D. I.; RODRIGUES, P. **Conhecimentos e práticas de cuidado relacionados com o fenômeno da violência doméstica contra a criança e o adolescente nos cursos de graduação em Enfermagem em Santa Catarina**. Relatório de pesquisa pelo FUNPESQUISA. Florianópolis, 2001, 34 p.

ELSEN, I.; GRÜDTNER, D. I.; RODRIGUES, P. Graduação em enfermagem de Santa Catarina enfoca a criança e o adolescente vítimas de violência doméstica. In: LUZ, Ana M^a Hecker; MANCIA, Joel r; MOTTA, M^a da Graça C. da (Org.) **As amarras da violência**: as famílias, as instituições e a Enfermagem. Brasília: ABEn, 2004. 175 p.

ENGELS, Friederich. **Teoria da violência**. Leipzig: Vorwärts, 1877. fonte: gentilmente cedido pelo grupo "Acropolis"; HTML por José Braz. Disponível em <[The Marxists Internet Archive](#)>. Acesso em: 12 jun. 2004.

FERNANDES, João Viegas. Amor. In: **Dicionário em construção**. FAZENDA, Ivani. São Paulo: Cortez, 2001.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa Aurélio Buarque de Holanda Ferreira**. 3 ed. Curitiba: Positivo: 2004.

FERREIRA, Márcia de Assunção. As correntes teóricas e prática das dimensões do cuidar na infância: abordagem introdutória ao tema. **R. Enferm., Esc. Anna Nery**. v. 6, Suplemento n. 1, p. 75-78, dez. 2002.

FLORES, Renato Zamora. A biologia na violência. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 1-9, 2002.

FITZGERLAD, L. Van; HOOFT, S. **A Socratic dialogue on the question `what is love in nursing?** Disponível em: <<http://www.ncbf.nfm.nfh.gov:80>>. Acesso em: 08 jun. 2001.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução de Sandra Netz. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004, 321p.

Florianópolis. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. Programa Capital Criança. **Protocolo de Atenção às vítimas de violência sexual do município de Florianópolis**. Florianópolis, 2002.

FROMM, Erich. **A arte de amar**. Belo Horizonte: Itatiaia, 2000. 160p.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**: como fazer uma pesquisa qualitativa em ciências sociais. 6 ed. Rio de Janeiro: Record, 2002, 107 p.

GOES, Ariel. **Pisam nas flores e não dizemos nada?** Disponível em:<<http://www.groups.google.com/groups?q=violencia+dom%C3%A9stica+adolescente&hl>> Acesso em: 5 out. 2002.

GOLEMAN, Daniel. Características da mente emocional. In: **Inteligência emocional: a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente**. 17 ed. Tradução de Marcos Santarrita. Rio de Janeiro: Objetiva. 1995. 375 p.

GRATCH, Alon, Ph. D. **Se os homens falassem...** compreender as atitudes masculinas. 2 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2001. 345 p.

GRÜDTNER, Dalva Irany. **Processo educativo participativo com enfoque na ajuda à família**: uma experiência na disciplina de enfermagem cirúrgica. Florianópolis: 1997. 118f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.

GRÜDTNER, Dalva Irany; CIANCIARULLO, Tamara Iwanow; ELSEEN, Ingrid. A enfermagem e o amor. **Rev Téc-cient Enferm**. Curitiba: Maio. v. 1, n. 5, p 376-384. 2003.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2001, 224 p.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

HOUAISS, Antonio; VILLAR, Mauro s. Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001, 481 p.

ITURRALDE, Claudia. Família y pareja: comunicación, conflicto y violència. In: CORSI, Jorge. La violència em el contexto familiar como problema social. In: **Maltrato y abuso en el ámbito doméstico**. Buenos Aires: Paidós, 278 p.

JAPIASSU, Hilton, MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico de filosofia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1991, 251 p.

JORGE MELLO, Maria Helena Prado de. Violência como problema de saúde pública. **Rev. Ciência e Cultura: temas e tendências**. São Paulo. p. 52-53, 2002.

JUNGBLUT, Isabel Cristina de Oliveira. Cuidando de crianças maltratadas em um hospital público: reflexões sobre a prática de enfermagem. **Rev. Texto e Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 449-454, maio/ago. 1999.

KORNFIELD, Débora. **Vítima, sobrevivente, vencedor**: perspectivas sobre abuso sexual. São Paulo: Sepal, 2000. 220 p.

LARRAÍN, Soledad. Reprimindo a violència doméstica: duas décadas de ação. In: MORRISON, Andrew R.; BIEHL, Maria Loreto. **A família ameaçada**: violència doméstica na Américas. Tradução de Gilson Baptista Soares. Rio de Janeiro: Editora de Fundação Getúlio Vargas, 2000. 208 p.

LITTLEJOHN, Spenhen W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1988. 407 p.

MAIA, Ana Rosete C. R. et al. Princípios do cuidar. In: REIBNITZ, Kenya Schmidt... [et al], organizadores. **O processo de cuidar, ensinar e aprender o fenômeno das drogas: a redução da demanda: módulo 4**. Florianópolis: UFSC, Departamento de Enfermagem, 2003. 122 p.

MARRINER-TOMEY, Ann. **Nursing theorists and their work**. St. Louis : Mosby, 1994.

MARCON, Sonia Silva; LIMA, Silvia Maria; PIRES, Ana Angélica Dario. Mudanças na vida familiar após denúncia de violência doméstica. In: LUZ, Ana M^a Hecker; MANCIA, Joel r; MOTTA, M^a da Graça C. da (Org.) **As amarras da violência: as famílias, as instituições e a Enfermagem**. Brasília: ABEn, 2004. 175 p.

MATURANA, Humberto; REZEPKA, Sima Nisis de. **Formação Humana e Capacitação**. 2 edição, Petrópolis, RJ: Vozes, 2001a.

MATURANA, Humberto. Organizadores: Cristina Magro; Miriam Graciano e Nelson Vaz. **A Ontologia da Realidade**. 2 reimpressão. Belo Horizonte, Ed. UFMG, 2001b.

MATURANA, Humberto. Organização: Cristina Magro; Victor Paredes. **Cognição, Ciência e Vida Cotidiana**. 1 reimpressão. Belo Horizonte, Ed. UFMG, 2001c.

MEAD, George H. **Espiritu, Persona y Sociedad: desde el punto de vista del conductismo social**. 2 reimpressão, México: editorial paidos, 1993.

MICHAUD, Yves. **A violência**. Tradução de L. Garcia. São Paulo; Ática, 1989, 116 p.

MINAYO, Maria Cecília de S. et al. **Os muitos brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec - ABRASCO, 1995. 356p.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SOUZA, E. R. de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**. v. 4, n. 3 p. 513-531, nov.1997/fev. 1998.

MINAYO, Maria Cecília de S.; É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. ABRASCO: Rio de Janeiro. v. 4. n. 1, p. 7-23, 1999

MINAYO, Maria Cecília de S. (Org.). **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, 284 p.

MINAYO, Maria Cecília de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2004. 269p.

MONTGOMERY, Malcom. **À flor da pele**: a luta de um médico para ajudar mulheres a lidar com o abuso sexual. São Paulo: Celebris, 2005. 110 p.

MORAIS, Eliane Pinheiro de. **Enfermagem e família**: evitando a negligência. Santa Maria, 1999. 145 p.

MORRISON, Andrew R.; BIEHL, Maria Loreto. **A família ameaçada**: violência doméstica na Américas. Tradução de Gilson Baptista Soares. Rio de Janeiro: Editora de Fundação Getúlio Vargas, 2000. 208 p.

MOURA, Anna Tereza M. S. de. **Violência Familiar contra a criança em um serviço de saúde**: gerando informação para ação. Dissertação (Mestrado), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2002.

NETTO, Prado Arthur. O caso a rainha Margot: a psicanálise e história. In: **Olho da História** n. 3. Disponível em: <<http://www.ufba.br/~revistao/03margot.html>> Acesso em: 25 set. 2002.

ODALIA, Nilo. **O que é violência?** São Paulo: Brasiliense, 1985. 93 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. KRUG, EG et al., eds. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization, 2002. 346 p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível < <http://www.dhnet.org.br/direitos/deconu/textos/integra.htm>>. Acesso em: 29 set. 2004

ORTBERG John. **Amor além da razão**: vivendo sob os cuidados do grande e poderoso Deus. Tradução de Denise Avalone. São Paulo: Vida, 200. 239 p.

OSORIO, Luiz Carlos. Agressividade e violência: o normal e o patológico. In: SANTOS, José Vicente Tavares dos. (Org.) **Violência em tempo de globalização**. São Paulo: Hucitec, 1999.

PASSETI, Edson. Crianças carentes e políticas públicas. In: DEL PRIORE, Mary (Org.). **História das crianças no Brasil**. São Paulo: Contexto, p. 347-375, 2002.

PEDROZO, Ana Cristina Rossoni; VIEIRA, Patrícia M.; SILVA, Cristiane da. **As experiências dos graduandos em Enfermagem em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo piloto** In: IX Seminário de Iniciação Científica da Universidade Federal de Santa Catarina, 1999, Florianópolis. **Anais** Florianópolis: Palotti, 1999. 135 p.

PESSANHA, Antonio Luiz. **O poder do amor e o amor ao poder**. Disponível em: <<http://www.jt.estadao.com.br/suplementos/domi>>. Acesso em: 16 jul. 2002.

PHILIPPE, Marie-Dominique. **O amor: na visão filosófica, teológica e mística**. Petrópolis: Vozes. 1997. 204 p.

PIEPER, Josef. O que é o amor? **Revista da Faculdade de Educação**. v. 18, n. 2, p.253-263, jul/dez.1992.

PINHEIRO, Paulo Sergio; ALMEIDA, Guilherme de Assis. **Violência urbana**. São Paulo: Publifolha, 2003. (Folha explica).

PLATÃO. **O banquete; ou do amor**. Tradução de Cavalcante de Souza. 8 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. 1997. 208 p.

POLICARPO, Dayne Napoleão et al. Aprender a cuidar-se ajuda a minimizar os danos da violência sexual: relato de experiência. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá: UEM/DEN, v. 2, n. 2, p. 187-192, 2003.

PRADO, Marta Lenise do. **Caminhos perigosos: violência e saúde à luz das ocorrências de trânsito**. Pelotas: Editora da Universidade /UFPel, 1998. 146 p.

PRADO, Marta Lenise do; SOUZA, Maria de Lourdes. Innovacion y avances em el cuidado de enfermería: osadia y irreverência para el acto de creación. **Anais...** XVI Congresso Argentino de Enfermería. Córdoba, p. 13-17, 2002.

RADÜNZ, Vera. **Uma filosofia para enfermeiros: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do *burnout***. Florianópolis: {s.n.}, 2001. 120 p. (Teses em Enfermagem).

RECH, Lilian Keli. **Abrindo a Caixa de Pandora: o desvelamento do abuso sexual contra a criança e o adolescente**. Florianópolis, 2005. 153 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Universidade Federal de Santa Catarina.

RIBEIRO, Nair Regina Ritter et al. Desvelando a violência contra a criança e o adolescente para acadêmicos de enfermagem. In: In: LUZ, Ana M^a Hecker; MANCIA, Joel r; MOTTA, M^a da Graça C. da (Org.) **As amarras da violência: as famílias, as instituições e a Enfermagem**. Brasília: ABEn, p. 77-88, 2004.

ROGERS, Adrian. **Os dez mandamentos da família**. São Paulo: Ecclesia, 2000.

ROCHA, Lincoln M. da. Ministro-Relator. **Relatório de Avaliação de Programa: Programa Combate ao Abuso e à Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes**. Tribunal de Contas da União. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2004. 100 p.

SANTO, Agostinho: **A vida e as obras**. Disponível em <<http://www.mundodosfilosofos.com.br/agostinho.htm>>. Acesso em: 25 set. 2002.

SANDERS, Tim. **O amor é a melhor estratégia**: uma nova visão do sucesso e da realização profissional. Rio de Janeiro: Sextante, 2003, 191 p.

SANTOS, Vicente Tavares dos. Microfísica da violência, uma questão social mundial. **Rev. Ciência e Cultura: temas e tendências**. São Paulo: n. 1, p.22-24, jul-ago-set. 2002.

SCHOEPFLIN, Maurizio. **O amor segundo os filósofos**. Tradução de Antonio Angonese. Bauru: Editora de Universidade do Sagrado Coração, 1999. 182 p.

SEMERENE, Bárbara. **Como o que parece perfeito acaba em pancadaria**. Disponível em:<<http://www.paralela.com.br/pgMain.j.html>>. Acesso em: 27 de jun. 2002.

SIEGEL, B. S. **Amor, medicina e milagres**. Tornando-se especial. São Paulo: Best Seller, 1989.

SILVA, Lúcia de Fátima da; DAMASCENO, Marta Maria Coelho. Modos de dizer e fazer o cuidado de enfermagem em terapia intensiva cardiológica: reflexão para a prática. **Texto e Contexto em Enfermagem**. v. 14, n.2, p. 285 265, abri/jun. 2005.

SILVA, Mara Regina Santos; ELSÉN, Ingrid. Violência na família: o conhecimento produzido pela enfermagem sulbrasileira. In: II Congresso Mundial de Educacion Internacional e Desarrollo, 1999, Buenos Aires. **Anais ...** 1999. p. 65.

SOARES, Luiz Eduardo. Prefácio. In: MINAYO, Maria C. de S. **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, 284 p.

SOREL, Georges. **Reflexões sobre a violência**. São Paulo: Martins Fontes, 1992. 382 p.

SOUZA, Maria de Lourdes et al. O cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto e Contexto em Enfermagem**. V. 14, n.2, p. 266-270, abr./jun. 2005.

SPITZ, René A. **O primeiro ano de vida**: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais. Tradução de Erothildes Millan Barros da Rocha. 3 ed. Martins Fontes, 1983. 345 p.

TRAVELBEE, Joyce. **Intervencion en enfermaria psiquiátrica**. Cali, Colombia: Carvajal SA, 1979.

VALVERDE, Maria Marlene Montes. **Assistência às adolescentes grávidas**: um desafio amoroso à enfermagem. Florianópolis, 1997. 184f. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina.

VILLANUEVA, Zarela. Reformas legislativas e judiciárias concernentes à violência doméstica: Costa Rica. In: MORRISON, Andrew R.; BIEHL, Maria Loreto. **A família ameaçada**: violência doméstica na Américas. Tradução de Gilson Baptista Soares. Rio de Janeiro: Editora de Fundação Getúlio Vargas, 2000. 208 p.

VOLPE, Neusa Vendramin; LAPORTE, Ana Maria. Amar, o verbo da vida. In: CORDI, Cassiano (Org.). **Para filosofar**. São Paulo: Scipione, 2000. 311 p.

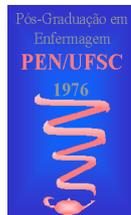
WATSON, Jean. **Caring science: as sacred science**. Filadélfia: F. A. Davis Company, 2005. 242 p.

WEOR, Samuel Aun. Revolução sexual da mulher. **O amor na antiguidade**. Disponível em: <<http://www.gnosis.org.br/mulher/revol-3.htm>> Acesso em: 25 de set. 2002.

WHEAT, E. **O amor que não se apaga**. 9 ed. São Paulo: Mundo Cristão, 1999.

ZAGURY, Tânia. Fixando limites na adolescência. In: **Encurtando a violência**. Rio de Janeiro: Record. 1999. p. 25-36.

APÊNDICE



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787.
pen @ nfr..ufsc.Br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Os serviços de saúde estão recebendo cada vez mais vítimas de violência intrafamiliar. Comprometida com a construção de conhecimento específico para o cuidado da Enfermagem nesta área, eu, Dalva Irany Grüdtner, matriculada no curso de doutorado em Enfermagem da UFSC, estou realizando a pesquisa intitulada *Violência Intrafamiliar contra a criança e o adolescente: reflexões sobre o cuidado de enfermeiras, sob a orientação de Dr^a Telma Elisa Carraro*.

Contudo, esta construção só será possível com sua participação. Por isso, estou convidando-a a fazer parte do estudo, respondendo algumas questões durante uma entrevista.

Tal pesquisa, a meu ver, não oferece nenhum tipo de risco para você, profissional, nem às vítimas, uma vez que não serão formuladas questões ou tomada qualquer atitude que possam causar algum tipo de constrangimento.

Asseguro que gravarei os dados coletados durante a entrevista, somente se você consentir. Informo que a análise destes dados será usada apenas no âmbito da pesquisa, e eles ficarão armazenados sob a responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos.

Ainda esclareço que você poderá desistir de atuar junto à pesquisa em qualquer momento de seu desenvolvimento.

Dessa forma, ao assinar este documento, a colega estará declarando que aceita fazer parte do grupo de pessoas que prestarão informações à pesquisa.

Eu,.....estou ciente do objetivo da pesquisa e do compromisso da pesquisadora sobre a utilização das informações.

.....
Assinatura da participante

Durante todo o período de investigação, as dúvidas que surgirem poderão ser desfeitas com a pesquisadora, através do telefone 234 0246 ou 99626870.

Florianópolis,...../...../.....

.....R. G.....
Assinatura da pesquisadora